



**SECTION SPORTIVE FOOTBALL  
DE SECOND CYCLE**

**LYCÉE POLYVALENT ÉMILE LITTRÉ**

BD Pasteur – BP 339  
50303 AVRANCHES Cedex

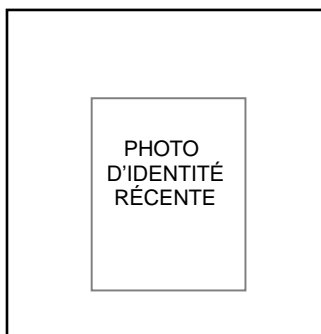
☎ 02.33.58.04.11

***www.lyceelittreavranches.fr***

DOSSIER DE CANDIDATURE

**ARBITRAGE**

A RETOURNER POUR LE **14 AVRIL 2023**  
*accompagné des documents demandés*



NOM : .....

PRÉNOM : .....

NOM ET COMMUNE DE L'ÉTABLISSEMENT  
D'ORIGINE :

.....  
.....  
.....

## IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

**Responsables : si parents séparés indiquer les 2 adresses, téléphones et mails**

Nom :

Nom :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone

Mail :

Mail :

## SCOLARITÉ SUIVIE

ANNÉE SCOLAIRE	ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ	CLASSE
2022/2023		
2021/2022		
2020/2021		
2019/2020		

LANGUES VIVANTES : 1/ 2/

## SCOLARITÉ ENVISAGÉE

ANNÉE SCOLAIRE	FORMATION *	
2023/2024		LVA : LVB :
2024/2025		

\* Exemple : 2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup> STMG, 1<sup>ère</sup> générale

## ARBITRAGE

Êtes-vous déjà arbitre de football ?

<b>SI OUI</b>	Club d'appartenance :	
	Ligue :	
	District :	
	Classification :	
<b>SI NON</b>	Le candidat s'engage à se licencier dans un club de son choix et à en communiquer le nom auprès du lycée	

Avis du Chef d'Établissement :

(Où le candidat est actuellement scolarisé)

Date et signature,

Fait à ....., le .....2023

Signature de l'élève,

Signature des parents,

**CERTIFICAT MÉDICAL PRÉALABLE  
À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE  
ÉTABLI PAR UN SPÉCIALISTE DE LA MÉDECINE SPORTIVE**

Je soussigné, Docteur ..... certifie  
avoir examiné :

M. .... Né(e) le .....

Taille ..... Poids .....

Demeurant

.....

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de contre-indications médicales à la pratique  
intensive de l'arbitrage de football de haut niveau, à savoir :

- ↳ 8 h d'entraînement par semaine,
- ↳ arbitrage de matchs de football le week-end avec le club,
- ↳ 2 h d' EPS obligatoires dans le programme scolaire.

**Observations éventuelles :**

(Problèmes physiques ayant entraîné des dispenses répétitives ou prolongées d'activité : entorse, déchirure, élongation, tendinite, fatigue, récupération difficile, ...)

Fait à .....

le.....

Signature et cachet,

### **Pièces à joindre obligatoirement**

- *Certificat médical*
- *Photocopies des bulletins du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année en cours*
- *Le bulletin du 3<sup>ème</sup> trimestre, avec l'avis du conseil de classe, sera adressé au lycée par la famille dès qu'il sera en sa possession.*

**Dossier à nous faire parvenir pour le Vendredi 14 Avril 2023 au plus tard**

à

**LYCÉE Émile LITTRÉ**

**Secrétariat Section Sportive**

**Madame MOISSON Sandrine**

**BD Pasteur  
B.P. 339  
50303 AVRANCHES Cedex**