



PROJET DE PERFORMANCE FÉDÉRAL DOSSIER DE CANDIDATURE SAISON 2018/2019

PLONGEON



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CANDIDAT(E) :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Ville : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

Taille (cm) : Poids (kg) : Envergure (cm) :

Pointure (cm) :

Numéro de licence FFN :

REPRESENTANT LEGAL (parent ou tuteur) :

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Ville : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

STRUCTURE ASSOCIATIVE :

Nom du club : Ligue :

Nom du Président : Prénom du Président :

Adresse du club :
.....

Ville : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

Nom de l'entraîneur : Prénom de l'entraîneur :

Téléphone : E-mail :

SITUATION SPORTIVE

Statut sur la Liste Ministérielle en catégorie « Collectif National » ou « Espoir » ou sur la Liste Ministérielle des Sportifs de Haut Niveau en catégories « Elite », « Senior » ou « Relève » au 1^{er} novembre 2017 :

PALMARES SPORTIF :

Quels sont vos résultats lors des derniers Championnats de France ?

EPREUVE	DATE	LIEU	PLACE	POINTS
1m				
3m				
Haut Vol				

Quelles sont vos meilleures performances réalisées ?

EPREUVE	SAISON N-2	LIEU	PLACE	POINTS
1m				
3m				
Haut Vol				

Quelles sont vos sélections en Equipes de France : Comen, Relève, Junior, Universitaire, Senior /Elite :

Précisez les dates et lieux :

PROJET SPORTIF :

Quels sont vos objectifs à court terme (saison prochaine)

Quels sont vos objectifs à moyen terme (Tokyo 2020)

Quel sont vos objectifs à long terme (Paris 2024)

SITUATION SCOLAIRE

Situation Actuelle

Classe fréquentée :

Si autre :

Nom de l'établissement d'origine :

Adresse :

.....

Ville : **Code Postal :**

Projet envisagé lors de la saison sportive prochaine ?

CHOIX DES STRUCTURES DU PPF

AVERTISSEMENT

La Fédération recommande que le choix des candidats respecte la proximité géographique quand existent des structures dans la région d'origine ou, à défaut, dans les régions limitrophes. Si cela ne devrait pas être le cas, il convient de préciser, par écrit les raisons de cet éloignement choisi.

CENTRES NATIONAUX D'ACCES AU HAUT NIVEAU (CNAHN)

AUVERGNE RHÔNE ALPES	LYON
GRAND EST	STRASBOURG
ILE DE FRANCE	INSEP PARIS

Si vous êtes inscrit(e) sur les listes ministérielles « Collectif National » ou « Espoir » pour la saison 2017/2018 ou si vous êtes non listé(e), indiquez ci-dessous vos préférences de 1 à 3 :

CNAHN : choix n° 1 :

CNAHN : choix n° 2 :

CNAHN : choix n° 3 :

CENTRE NATIONAL D'ENTRAÎNEMENT

I.N.S.E.P. PARIS

Si vous êtes inscrit(e) sur les Listes Ministérielles des Sportifs de Haut Niveau en catégories « Elite », « Senior » ou « Relève » pour la saison 2017/2018 .

CNE : choix n° 1 :

Utiliser le lien : <http://www.ffnatation.fr/sante>

et /ou prenez connaissance de l'information suivante.

Pour **une toute première inscription** en structure du Projet de Performance Fédéral (c'est à dire pour un candidat ne faisant pas partie de l'effectif d'un Pôle pour la saison 2017/2018) le sportif doit :

1. Effectuer entre mai et juin 2018 des examens préalables :
 - Bilan clinique avec ECG de repos *fiche N°5*
 - Bilan psychologique *fiche N°6*
2. Adresser une copie du dossier médical au
 - Département Médical de la nouvelle structure *sous pli confidentiel*
 - Département médical de la FFN avant la mi-juillet à ouardia.carini@ffnatation.fr
3. Facturation
 - Faire l'avance des frais
 - Adresser l'original de la facture ainsi qu'un RIB au Département médical à l'attention de Mme Ouardia CARINI

REMARQUE IMPORTANTE

Ne sont pas concernés par cette procédure

- Le sportif déjà inscrit sur listes ministérielles : SHN, Espoir et collectif National au 1^{er} novembre 2017
- Le sportif de toute catégorie y compris "non classé" qui change de structure (d'un pôle vers une structure du PPF)

Pour tous renseignements à ce sujet et pour vous assurer de la conformité de la partie médicale de votre dossier vous adresser à :

FEDERATION FRANCAISE DE NATATION
Direction du Haut Niveau / Section médicale

Madame Ouardia CARINI
14 rue Scandicci
93508 PANTIN Cedex

Tél. 01 41 83 87 45

E-mail : ouardia.carini@ffnatation.fr
ou medical-ffn@wanadoo.fr

AVIS OBLIGATOIRES

LE PRESIDENT DU CLUB

Nom : Prénom :

Observations :

L'ENTRAÎNEUR DU CLUB

Nom : Prénom :

Observations :

LE PRESIDENT DE LA LIGUE

Nom : Prénom :

Observations :

LE DTR DE LA LIGUE

Nom : Prénom :

Observations :