

INSTALLATIONS SPORTIVES

- 1 terrain synthétique éclairé / 1 terrain en herbe éclairé
- 1 gymnase (pratique du FUTSAL en période hivernale), ou en cas d'intempérie.

Tous ces équipements mis à disposition sont à moins de 5mins du collège.
Les élèves sont pris en charge par les éducateurs pour le transport, du collège jusqu'au lieu d'entraînement.

Cité des sports



Collège Sévigné



Johann a évolué au sein de la Section Sportive lors de ses années 6^{ème} / 5^{ème}



Groupe 6^{ème} / 5^{ème}

Saison 2014 / 2015

SECTION SPORTIVE COLLÈGE



De la 6^{ème} à la 3^{ème}



Johann LEPENANT
SM Caen
« Parrain » de la Section Sportive de Granville

FOOTBALL

Labellisée par la FFF / Club support : US GRANVILLE

OBJECTIF

Permettre à des élèves, filles et garçons, motivés par l'activité « FOOTBALL », de se perfectionner dans leur sport favori, afin d'accéder à un meilleur niveau de pratique et ce dans le cadre du temps scolaire.

SÉANCES D'ENTRAÎNEMENTS

Les élèves bénéficient, en plus des heures d'EPS de 2 séances hebdomadaires (2 x 1h30).

Chaque élève doit participer de façon régulière, assidue et attentive aux séances proposées. (Sauf incapacité justifiée par un certificat médicale).

Les thèmes de séance sont intégrés dans une planification annuelle réalisée conformément aux orientations de la Direction Technique Nationale de la Fédération Française de Football.

ENCADREMENT

Une équipe pédagogique constituée de :

- 4 Brevets de Moniteur de Football.
- 1 Professeur d'EPS représentant le collège.

ADMISSION

L'admission se fera après examen de la commission de recrutement du collège. Elle prendra en compte le dossier scolaire, ainsi que les résultats des tests de sélection.

CONTACT

M. PERRIER Sébastien (responsable technique)
Tél. : 07.86.76.48.77

CONCOURS D'ENTRÉE LE MERCREDI 26 MAI 2021



 9h – 17h

Fiches d'inscription et sanitaire à envoyer par mail avant le 19/05/2021 : sebperrier@hotmail.fr

 **Apporter votre repas pour le déjeuner.**

! Prévoir équipements pour terrain synthétique et herbe.

Fiche d'inscription au Concours d'entrée

Mercredi 26 Mai 2021



Je soussigné(e) M. ou Mme

Responsable de l'enfant :

Adresse :

Téléphone (s) :

Nom et Prénom de l'enfant :

Né(e) le :

Scolarisé(e) au collège :

Licencié(e) au club de :

Poste (s) :

Autorise mon enfant à participer aux tests de sélection qui se dérouleront le

Mercredi 26 Mai 2021, de 9h00 à 17h00, au Stade Louis Dior à GRANVILLE,

en vue de son admission dans la Section Sportive Football de GRANVILLE.

Fait à, le2021.

Signature des parents :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :