



# SSS COLLÈGE DE GRANVILLE

Labellisé FFF



## 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** (2x 1h30)

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

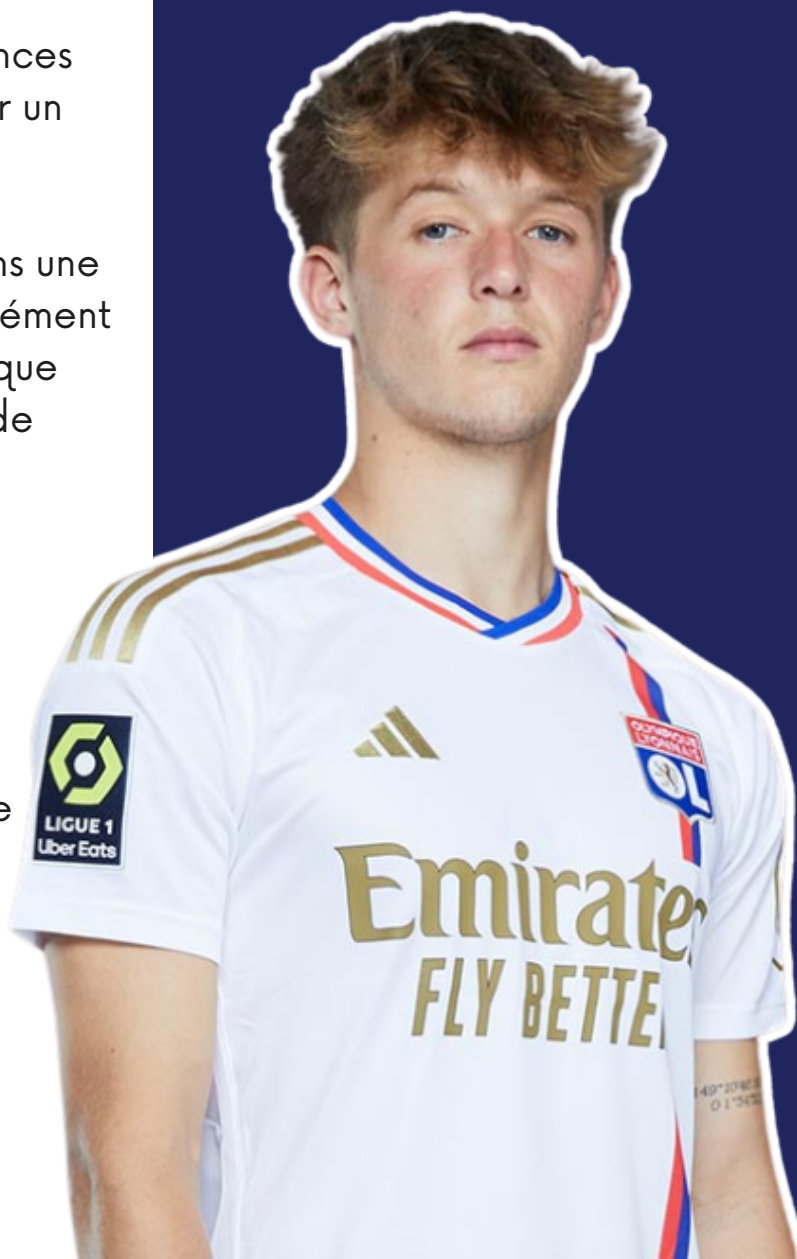
Les thèmes de séance sont intégrés dans une planification annuelle réalisée conformément aux orientations de la Direction Technique Nationale de la Fédération Française de Football.

## ENCADREMENT

Une équipe technique et pédagogique constituée de :

- **Éducateurs diplômés** de l'US Granville (club support)
- **2 Professeurs** représentant chaque collège

**Johann Lepenant**  
Olympique Lyonnais  
Parrain de la Section  
Sportive Scolaire  
de Granville



De la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup>

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.

## Installations sportives :

- 1 terrain synthétique éclairé
- 1 terrain en herbe éclairé
- 1 gymnase (pratique futsal en période hivernale ou en cas d'intempérie)

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

Collège Malraux



Institut Sévigné



Cité des Sports



# CONCOURS D'ENTRÉE

**MERCREDI 22 MAI 2024**



**9:00 - 17:00**



**Apporter votre repas pour le déjeuner.**



**Prévoir vos équipements pour terrain synthétique et herbe.**

**Dossier d'inscription à envoyer par mail avant le 17/05/2024 à [sperrier2023@gmail.com](mailto:sperrier2023@gmail.com)**

## CONTACT

**Responsable technique**  
**Sébastien Perrier**  
07 86 76 48 77  
[sperrier2023@gmail.com](mailto:sperrier2023@gmail.com)



# FICHE D'INSCRIPTION AU « CONCOURS D'ENTRÉE »



Je soussigné(e) M. ou Mme : .....

Responsable de l'enfant : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse e-mail : .....

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Établissement scolaire actuel : .....

Établissement scolaire 2024/2025 : .....

Licencié(e) au club de : .....

Poste(s) préférentiels : .....

Autorise mon enfant à participer au « Concours d'entrée » qui se déroulera le **Mercredi 22 Mai 2024**, de 9h00 à 17h00 à GRANVILLE, en vue de son admission dans la « Section Sportive Football » de GRANVILLE.

Fait à ..... le ...../...../2024.

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
Diphthérie				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  
 MEDICAMENTEUSES  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 : .....