



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.

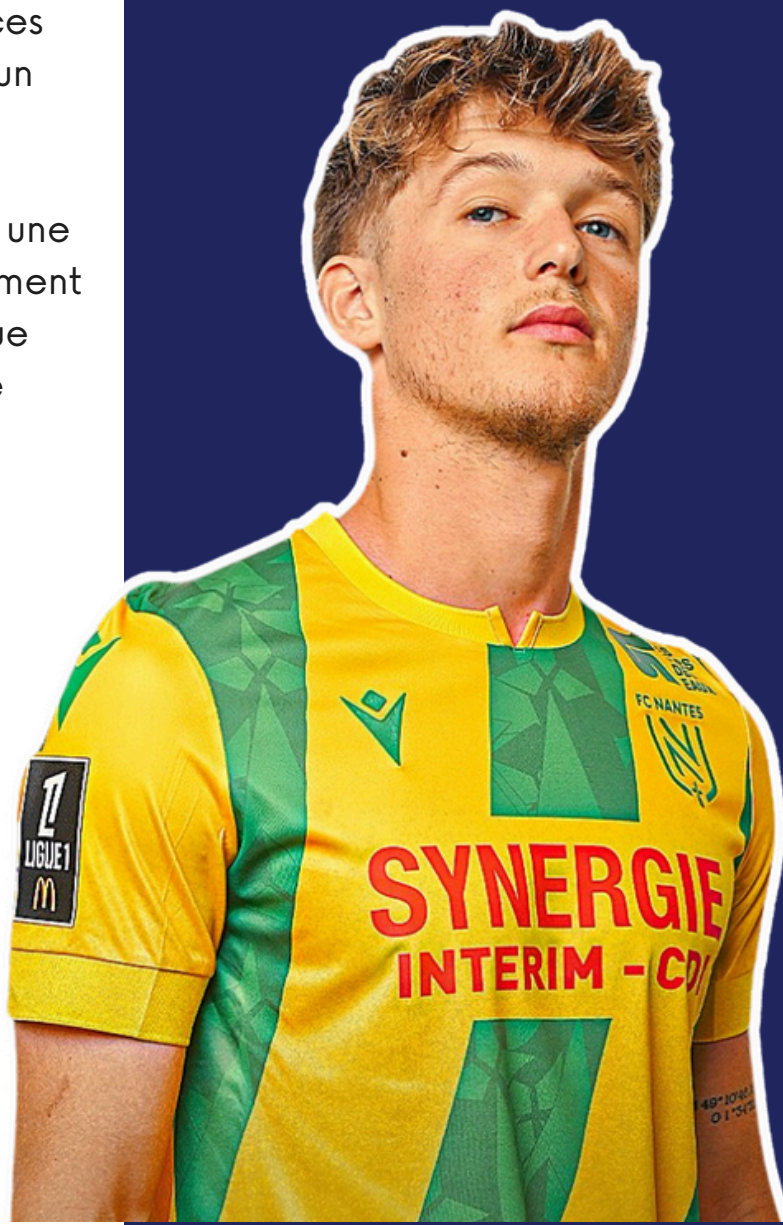
ENCADREMENT

Une équipe technique et pédagogique constituée de :

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

Johann Lepenant
Fc Nantes &
International Espoir

Parrain de la Section
Sportive Scolaire
de Granville



De la 6^e à la 3^e

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 21 MAI 2025

Pour les futurs 6^e et 5^e

MERCREDI 28 MAI 2025

Pour les futurs 4^e et 3^e



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 16/05/2025 à sperrier2023@gmail.com

CONTACT

**Responsable technique
Sébastien Perrier**

07 86 76 48 77

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 2025/2026 :

Licencié(e) au club de :

Poste(s) préférés :

Autorise mon enfant à participer au « Concours d'entrée » qui se déroulera le **Mercredi 21 ou 28 Mai 2025**, de 9h00 à 17h00 à GRANVILLE, en vue de son admission dans la « Section Sportive Football » de GRANVILLE.

Fait à le/...../2025.

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 :