

NOUVEAUTÉ SAISON 2026/2027



SSS LYCÉE DE GRANVILLE

En exclusivité avec l'Institution Sévigné

2 groupes : féminin et masculin



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)

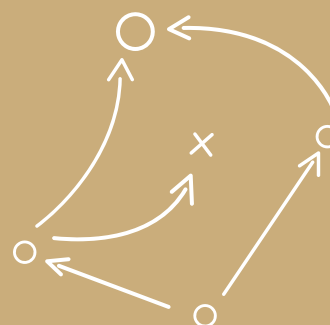
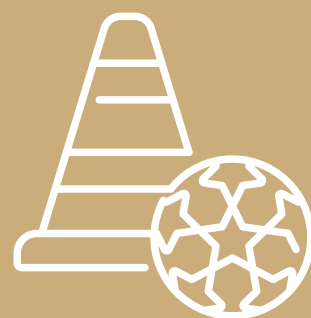
Chaque élève doit participer de façon **régulière, assidue** et attentive aux séances proposées (sauf incapacité justifiée par un certificat médical).

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)
- 1 référent du lycée



DE LA 2ND À LA TERMINALE

L'admission se fera après examen de la commission de recrutement du lycée. 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 lycée. Les élèves sont pris en charge par les éducateurs pour le transport, du lycée jusqu'au lieu d'entraînement.

Institution Sévigné - En exclusivité

Cité des Sports

CONCOURS D'ENTRÉE

MERCREDI 13 MAI 2026

Pour l'ensemble des élèves



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 13/05/2026 à ssslycee@usgranville.fr

CONTACT

**Responsable technique
Sébastien Perrier**

07 86 76 48 77

ssslycee@usgranville.fr



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 2026/2027 : Institution Sévigné

Licencié(e) au club de :

Poste(s) préférentiels :

Autorise mon enfant à participer au « Concours d'entrée » qui se déroulera le **Mercredi 13 Mai 2026**, de 9h00 à 17h00 à GRANVILLE, en vue de son admission dans la « Section Sportive Football » de GRANVILLE.

Fait à le/...../2026.

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

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 :