|  |  |
| --- | --- |
| ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE : | Adresse : Téléphone :Mail : |
| **Internat : OUI☐ NON ☐** | Si non, autre modalité d’hébergement : |
| **Nom du responsable administratif** de la section sportive (proviseur, principal ou directeur) :M., Mme : |
| **SPÉCIALITÉ sportive :** |

**🙙🙙🙙**

**OBJECTIFS DE LA SECTION D’EXCELLENCE SPORTIVE  :**

**AXES PRIORITAIRES DU PROJET D’ETABLISSEMENT en RAPPORT AVEC LA SECTION D’EXCELLENCE SPORTIVE :**

**ARTICULATION AVEC LE PROJET EPS et le PROJET d’AS :**

**INDICATEURS de REUSSITE PERMETTANT de VERIFIER l’ATTEINTE des OBJECTIFS de la SECTION D’EXCELLENCE SPORTIVE :**

**ENCADREMENT**

**Enseignant coordonnateur** de la section sportive scolaire, professeur EPS ou autre enseignant de l’établissement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM PRÉNOM | STATUT | DISCIPLINE ENSEIGNEE | QUALIFICATION SPORTIVE si possédée |
|  |  |  |  |

**Entraîneur** de la section sportive (ne peut être un professeur de l’établissement rémunéré sur la DHG)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM PRÉNOM | STATUT | QUALIFICATION ET DIPLOMES |
|  |  |  |

**Effectifsprévus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nbre d’élèves | 6ème  | 5ème  | 4ème  | 3ème  | 2nde  | 1ère  | Terminale | TOTAL |
| Garçons |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Filles |  |  |  |  |  |  |  |  |

*☞ Tenir compte des recommandations et préciser à chaque fois l’effectif mini / maxi*

**HORAIRE D’ENTRAINEMENT HEBDOMADAIRE par ELEVE :…….***☞ Rappel : 3H minimum, 10H maximum/ élève*

**JOURS ET HORAIRES DES ENTRAINEMENTS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8h-9h | 9h-10h | 10h-11h | 11h-12h | 12h-13h | 13h-14h | 14h-15h | 15h-16h | 16h-17h | 17h-18h |  |
| **Lundi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mardi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mercredi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jeudi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vendredi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*☞ Préciser dans le tableau les créneaux :* ***SES*** *(pour les entraînements de la section sportive),* ***SSS*** *pour les entraînements de la section sportive si besoin,* ***AS*** *(pour l’association sportive) et* ***EPS*** *(pour les cours d’EPS concernant les élèves de la section).*

**PROJET SPORTIF :** Expliciter comment la section sportive s’intègre dans le dispositif territorial sportif : local, départemental, régional

|  |
| --- |
|  |

**SUIVI MEDICAL** ☞ RAPPELS : Un bilan intermédiaire de santé est prévu au 2ème trimestre ; le médecin de l’Éducation Nationale doit être destinataire des informations concernant les élèves de la section. (Préciser la section et l’établissement) ; CES ou Capacité en médecine et biologie du sport ou DESC de médecine du sport

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Médecin titulaire d’un CES\* de médecine sportive**, sollicité dans le cadre du suivi  | **Nom :**  | **Adresse :** | **Tel :** |
| **Médecin de l’Éducation Nationale** : | **Nom :**  | **Adresse :** | **Tel :** |

**MODALITÉS DE RECRUTEMENT** (*descriptif*) :

|  |
| --- |
|  |
| **MESURES D’AIDES ET DE SOUTIEN ENVISAGÉES AU PLAN SCOLAIRE** (*comment, par qui, quand* …) : |
| **INSTALLATION(s) SPORTIVE(s) UTILISÉE(s) :** Nature et adresse :Mode de déplacement : Durée du déplacement : |

**BUDGET PREVISIONNEL ☞Le budget prévisionnel doit être équilibré pour être valide.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Heures** | **Montant** | **Produits** | **Heures** | **Montant** |
| **Coût encadrement entraîneur :** (l'exprimer en euros ou en nombre d'heures nécessaires) |  |  | **Ligue : participation obligatoire :** (en euros ou en nombres d'heures d'entraîneur/médecin mis à disposition) |  |  |
| **Suivi médical :** (l'exprimer en euros ou en nombre d'heures nécessaires) |  |  | **Le Comité départemental :**(en euros ou en nombres d'heures d'entraîneur/médecin mis à disposition) |  |  |
| **Complément alimentaire :** |  | **Club :** (en euros ou en nombres d'heures d'entraîneur/médecin mis à disposition) |  |  |
| **Location installations sportives :** |  | **Région :** |  |
| **Transports :** |  | **Département :** |  |
| **Achat de matériel :** |  | **Commune :** |  |
| **Entretien du matériel :** |  | **D.R.A.J.E.S. :** |  |
| **Frais administratifs :** |  | **A.N.S. :** |  |
| **Divers :** |  |  **Autre (s) subvention(s)** (préciser qui) |  |
| **TOTAL :** | **Heures** | **Montant** | **TOTAL :** | **Heures** | **Montant** |

**ENGAGEMENT DU PRESIDENT DE LA LIGUE (obligatoire)**

|  |
| --- |
| Je soussigné……………………………………….Président de la ligue de………………………………………certifie que la SSS……………………………………………… …s’inscrit bien dans le plan de développement sportif de la ligue. Je m’engage à participer à son fonctionnement pour un montant de si celle-ci est agréée.Le…………………………….à………………….. Signature du président de la ligue : |

**ENGAGEMENT D’AUTRES PARTENAIRES SPORTIFS (président de comité départemental, président de club…)**

|  |
| --- |
| Je soussigné……………………………………….Président du………………………………………m’engage à financer la SSS……………………………………………… …pour un montant de si celle-ci est agréée.Le…………………………….à………………….. Signature du président : |
| Je soussigné……………………………………….Président du………………………………………m’engage à financer la SSS……………………………………………… …pour un montant de si celle-ci est agréée.Le…………………………….à………………….. Signature du président : |

|  |
| --- |
| **Argumentation complémentaire du Chef d’Établissement et avis daté du CA**:*Date et signature du chef d’établissement* |

|  |
| --- |
| **AVIS MOTIVES :****Direction des Services Départementaux de l’Education Nationale :****Inspection Pédagogique Régionale EPS :** |