

Dossier candidature

Année scolaire 2020-2021

Section sportive scolaire

Judo sport partagé



**Séance d’évaluation** : **En attente des instructions gouvernementales concernant le confinement**







 Bayeux, le 6 mars 2020

 L’équipe de direction

 Aux parents d’élèves

 **Objet** : Tests d’entrée en section sportive scolaire judo

 Madame, Monsieur,

Le collège Charles LETOT propose une section sportive scolaire judo sport adapté

# Affaire suivie par

# La Principale

# Fabienne MANTECA

**5, rue de Verdun**

**14400 BAYEUX**

Téléphone

02 31 51 28 80

Télécopie

02 31 92 19 52

Courriel

ce.0140006f@ac-caen.fr

Nous vous invitons à accompagner votre enfant à la séance de sélection qui aura lieu le

**Mardi ??????? à confirmer**

Le programme de cette séance est le suivant :

17h00 : Accueil au collège

17h30-18h30 : tests de judo (salle polyvalente)

18h30-19h : échanges et entretiens

Vous trouverez ci-joint un dossier d’inscription à retourner par mail à

sophie.le-parlouer@ac-normandie.fr ou au collège **lorsque le confinement sera terminé.**

Ce courrier tient lieu de convocation.

F. Mantéca



**Autorisation parentale de participation aux tests d’évaluation sportifs**

Je soussigné(e)

Monsieur ou Madame……………………………………………………………………………………………………………………..

Responsable de l’enfant

NOM : ……………………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………...

Date de naissance : …………………………………………………………………

Scolarisé à (nom et commune de l’école/collège) : ……………………………………………………………

**L’AUTORISE A PARTICIPER A LA SEANCE DE SELECTION QUI AURA LIEU LE :**

**mardi ?????? de 17h30 à 19h au collège Charles LETOT**

5 rue de Verdun à BAYEUX

En cas d’urgence médicale ou chirurgicale, j’autorise les responsables du collège à prendre toute disposition préconisée par le corps médical.

N° de sécurité sociale des parents : ………………………………………………………….

Fait à ………………………………………….le…………………………………………………………

SIGNATURE

**Personnes à prévenir en cas d’accident :**

Qualité : …………………NOM : ……………………………………………………………...N°tel : …………………………………….

Qualité : …………………NOM : ……………………………………………………………...N°tel : …………………………………….