Céline PERON - Présidente

Affaire suivie par *Chrystel*
CR Région Sud de Gymnastique
Maison Des Sports du Var
133 Boulevard du Général Brosset – 83 200 Toulon
Tel : 04-94-22-38-22
Mail : chrystel@ffgym-regionsud.fr

Toulon, le 21/11/2022

A ***Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs***
Les Présidents d'Associations GR
Les juges inscrits en formation niveau 1 GR (Dépt 13)

Madame,
Maryne HERSELIN (**à l'encadrement**)

Ref : CD JUG 74 / 22-23
Objet : Formation des Juges niv 1 GR (Dépt 13)

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous informons que la **3ème formation de juges niveau 1 GR** se déroulera le :

Dimanche 4 Décembre 2022 à Marignane

Lieu : Siège du Comité Départemental 13 - Immeuble Le Régence III
11, rue du Pilote Larbonne – 13700 MARIGNANE

✦ **Horaires** : De 9h00 à 12h30 et 13h30 à 17h00

Veuillez trouver ci-joint la liste des juges inscrits en niveau 1 GR (Dépt 13).

Veuillez trouver ci-joint l'autorisation parentale (pour les mineurs) que nous vous demandons de bien vouloir remplir et donner au responsable de la formation.

➢ **CONDITIONS FINANCIERES :**

ENCADREMENT CONVOQUE : Repas et Déplacement * à la charge du Comité Régional
**La note de frais ainsi que les justificatifs originaux doivent être envoyés sous quinzaine au Comité Régional à Toulon.*

JUGE EN FORMATION : Repas et Déplacement à la charge du club ou candidat
Pensez à emmener un repas froid pour le midi

Croyez ***Madame, Mademoiselle, Monsieur*** à nos sincères salutations sportives.

Céline PERON
Présidente Régionale

COMITÉ RÉGIONAL PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR

Céline PERON - Présidente

Autorisation Parentale

OU DE LA PERSONNE LEGALEMENT RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e)……..
Agissant en qualité de représentant de l'enfant mineur

Nom et prénom : …… Date de naissance : ……..
Numéro de licence : ……..

L'autorise à participer aux actions pour lesquelles il sera convoqué par le Comité Régional de Gymnastique Région Sud (suivant convocation), et à participer aux activités qui lui seront proposées par les responsables.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS :
Adresse des parents : ……
……...
Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence : ……...
Adresse : ……...
N° tel. Domicile : …….. N° tel. Travail : ……
Lien de parenté avec l'enfant : ……
N° d'immatriculation : ……
Caisse de sécurité sociale : ……...

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui non
Si OUI, lequel ? ……
Est-il allergique à certains médicaments ? ……...
Si OUI, lesquels ? ……
Date de la dernière vaccination antitétanique ? ……...

J'accepte que mon fils, ma fille …….. soit hospitalisé(e) en cas d'urgence et autorise le responsable à prendre les dispositions nécessaires.

J'autorise également le chirurgien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement d'un diagnostic, toutes interventions chirurgicales y compris avec phase d'anesthésie - réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon fils, ma fille.

Médecin traitant : ……
Adresse : ……...
N° de téléphone : ……..

Fait à : …….. le ……
Signature précédée de la mention
LU ET APPROUVE

RÉGION SUD PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

12, rue Raphaël
13008 MARSEILLE
Téléphone : 04-91-22-72-22
E-mail : comite-regional@ffgym-regionsud.fr

Fondée le 28 septembre 1873
Reconnue d'utilité publique