



Céline PERON - Présidente

Toulon, le 04/11/2022

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

A **Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs**
Les Présidents d'Associations GAF
Les juges inscrits en formation niveau 2 GAF

Mesdames

Maria-Séréna FIGARELLA – Lauriane BLANC
(à l'encadrement)

Ref : CD JUG 64 / 22-23

Objet : Formation des Juges niv 2 GAF

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous informons que la 4^{ème} formation de juges niveau 2 GAF se déroulera le :

Dimanche 27 Novembre 2022 à Aix en Provence

Lieu : CREPS site d'Aix en Provence - Chemin de La Guiramande - Pont de l'Arc - 13 100 Aix en Provence

RENDEZ-VOUS EN SALLE B1/B2

✦ Horaires : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h30

Veuillez trouver ci-joint la liste des juges niveau 2 GAF.

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





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

