



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Toulon, le 07/01/2026

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, Messieurs,**
Les Présidents d'Associations TRAMPO
Les juges inscrits en formation niveaux 1 – 2 – 3 TRAMPO

Madame, Monsieur,
Natacha PERONNET – Kévin FEYFANT (à l'encadrement)

Ref : CD JUG 58 / 25-26

**Objet : Formation et Examen des Juges
niv 1-2-3 TR**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que la **formation et l'Examen de juges niveaux 1-2-3 TRAMPO** se déroulera le :
Samedi 24 et Dimanche 25 Janvier 2026 à La Seyne sur Mer
Lieu : Complexe Sportif Léry -42 boulevard de l'Europe – 83 500 La Seyne-sur-Mer

✦ **Horaires** : **Samedi** : de 9h à 17h
Dimanche : de 10h à 16h30

Veillez trouver ci-joint la liste des juges inscrits en formation niveaux 1-2-3 TR.

Veillez 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 - Déplacement * à la charge du Comité Régional

**La note de frais ainsi que les justificatifs originaux doivent être envoyés sous 1 mois au Comité Régional à Toulon.*

JUGE EN FORMATION : Hébergement - Repas - Déplacement à la charge du club ou candidat

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

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente





Marjorie DO LIVRAMENTO - 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

