



Marseille, le 09/09/2025

Affaire suivie par Ilana

Comité Régional Région Sud de Gymnastique
12 rue raphaël, 13008 - MARSEILLE
Tel : 04.91.22.72.22
Mail : ilanalamas.ffgymregionsud@gmail.com

A **Mesdames, Messieurs**
Les Présidents d'Associations GAF
Les juges inscrits en formation GAF niveau 3 et 4

Madame
Brigitte RENAUD (à l'encadrement)

Ref : IL JUG 06.25-26

Objet : Formation juges niveau 3 et 4 GAF

Madame, Monsieur,

Pour donner suite à votre inscription, nous vous informons que la 1^{ère} session de la formation juges niveau 3 et 4 GAF se déroulera les :

Samedi 20 septembre 2025 / Dimanche 21 Septembre 2025

Lieu :

CREPS PACA – Pont de l'Arc 62 chemin du Viaduc, 13100 Aix en Provence

◆ **Horaires** : Samedi : 14h00 - 18h00 et Dimanche 9h - 12h / 13h30 - 16h30

Toutes les personnes mineures devront rester sous la surveillance des formateurs entre midi et deux.

Veillez trouver ci-joint la liste des juges inscrits à ce jour en niveau 3 et 4

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 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 Marseille.*

JUGE EN FORMATION : Repas, déplacement et hébergement à la charge du club ou candidat

Pensez à emmener un repas froid pour le midi

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

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente Régionale



12, rue Raphaël
13008



OU DE LA PERSONNE LÉGALEMENT 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



12, rue Raphaël
13008