

Marseille, le 08/12/2025

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

Ref : IL JUG 49.25-26
Objet : Examen de juges niveau 1 GAF

A *Mesdames, Messieurs*

Les Présidents d'Associations GAF
Les juges inscrits en formation niveau 1 GAF
Madame

Séverine MEURISSE, Laury VIDAL, Noémie DEMOULIN,
Christelle SALADIN, Manon GHINO (**à l'encadrement**)

Madame, Monsieur,

Pour donner suite à votre inscription, nous vous informons que l'examen de juges GAF niveau 1 se déroulera le :

Dimanche 14 Décembre 2025

Lieu :

CREPS PACA – Pont de l'Arc 62 chemin du Viaduc, 13100 Aix en Provence
Salle : Amphithéâtre (voir annexe plan du site)

♦ **Horaires** : 13h15 - 17h30

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

Veuillez trouver ci-joint la liste des juges inscrits à ce jour à l'examen de juges niveau 1 GAF.

Le règlement des formations se fera désormais via EngaGym

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 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



MARSEILLE

Fondée le 28 septembre 1873

Reconnue d'utilité publique

12, rue Raphaël
13008

Téléphone : 04-91-22-72-22
E-mail : comite-regional@ffgym-regionsud.fr



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 APPROUVÉ



MARSEILLE

Fondée le 28 septembre 1873

Reconnue d'utilité publique

12, rue Raphaël
13008

Téléphone : 04-91-22-72-22
E-mail : comite-regional@ffgym-regionsud.fr