



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 19/12/25

Affaire suivie par Sabrina

Comité Région Sud de Gymnastique
12 rue Raphaël – 13008 Marseille
Tel : 07-83-56-62-55
Mail : sabrina@ffgym-regionsud.fr

Ref : AF 108.25-26

**Objet : Formation « Animateur Fédéral »
« Module AccessGym Disciplinaire GAF
n°3 »**

A **Mesdames, Messieurs**

- Les présidents des Associations
- Les cadres en formation
- La personne convoquée à l'encadrement :
ORSONI Fabienne (Formatrice)

Mesdames, Messieurs,

Pour donner suite à votre inscription à la **Formation « Animateur Fédéral »** pour la saison 2025 - 2026, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements concernant le **« Module AccessGym Disciplinaire GAF n°3 »**, qui se déroulera le :

Dimanche 25 janvier 2026

Lieu : Gymnase de la Pioline – 35, chemin Albert Guigou – 13290 AIX LES MILLES

Horaires : 9h00 - 12h30 / 13h30 - 17h00

Ce regroupement est **obligatoire** pour pouvoir valider la formation en fin de saison.

Pour participer à cette action, la tenue de sport est exigée.

Les mineurs devront se munir de l'autorisation parentale jointe dûment remplie, à donner sur place au responsable de formation et seront sous la responsabilité du Comité Région Sud UNIQUEMENT durant les temps de formation.

➤ **CONDITIONS FINANCIERES :**

⇒ **ENCADREMENT CONVOQUE** : Déplacement et repas à la charge du Comité Région Sud (fiche de formation à nous retourner dûment complétée et signée dans les 15 jours suivant l'action, accompagnée des justificatifs originaux.)

⇒ **CADRES EN FORMATION** : Déplacement et repas à la charge du club ou du stagiaire.
(Prévoir un pique-nique)

Veuillez agréer, **Mesdames, Messieurs**, l'expression de nos sincères salutations sportives.

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente



Fondée le 28 septembre 1873
Reconnue d'utilité publique

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

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 Région Sud de Gymnastique (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