



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 21/10/25

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 : PAS.111.25-26

Objet : Entraînement collectif RERJ GAF

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place de l'**entraînement du collectif RERJ GAF**, qui se déroulera le :

Dimanche 2 novembre 2025

Lieu : Gymnase Jean Bouin – 30, rue callevue – 13008 MARSEILLE

Horaires : Accueil 10h00
Entraînement 10h30 - 16h30
Bilan entraîneurs – jusqu'à 17h00

Public concerné : Voir liste des gymnastes ci-jointe.

Les gymnastes devront être en possession de l'autorisation parentale.

➤ CONDITIONS FINANCIERES :

⇒ **ENCADREMENT CONVOQUE** : Déplacement* à la charge du Comité Région Sud

***Les justificatifs originaux doivent être envoyés sous quinzaine au Comité Régional à Marseille**

⇒ **GYMNASTES et ENTRAINEUR** : Déplacement à la charge du club.

Droits d'inscription pour cette action : 0 € par gymnaste.

Croyez **Mesdames, Messieurs**, à 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



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