



Marseille, le 24/11/2025

**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](mailto:ilanalamas.ffgymregionsud@gmail.com)

**A *Mesdames, Messieurs***

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

***Madame***

Christelle SALADIN (**à l'encadrement**)

**Ref : IL JUG 44.25-26**

**Objet : Formation de juges niveau 1 GAF**

***Madame, Monsieur,***

Pour donner suite à votre inscription, nous vous informons que la 4<sup>eme</sup> session de la formation de juges GAF niveau 1 se déroulera le :

**Dimanche 7 Décembre 2025**

Lieu :

*CDOS 84 - 4725 Rocade Charles de Gaulle - 84000 Avignon*

**♦ Horaires : 9h - 16h**

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 la formation 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



12, rue Raphaël  
13008

MARSEILLE

Fondée le 28 septembre 1873

Reconnue d'utilité publique

Téléphone : 04-91-22-72-22

E-mail : [comite-regional@ffgym-regionsud.fr](mailto: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



12, rue Raphaël  
13008

MARSEILLE

Fondée le 28 septembre 1873

Reconnue d'utilité publique

Téléphone : 04-91-22-72-22

E-mail : [comite-regional@ffgym-regionssud.fr](mailto:comite-regional@ffgym-regionssud.fr)