



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

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^{ème} 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





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

