



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 GR  
Les juges inscrits en formation niveau 1 GR  
**Madame**  
Amandine SOQUET(à l'encadrement)

**Ref : IL JUG 45.25-26**

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

**Madame, Monsieur,**

Pour donner suite à votre inscription, nous vous informons que la 3<sup>ème</sup> session de la formation de juges GR niveau 1 se déroulera le :

**Dimanche 7 Décembre 2025**

Lieu :

*CDOS 83 – 113 Bd Général Brosset, 83200 TOULON*

♦ **Horaires** : 9h30 - 17h

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

***Veillez trouver ci-joint la liste des juges inscrits à ce jour à la formation de juges niveau 1 GR.***

**Le règlement des formations se fera désormais via EngaGym**

Veillez 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

