



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 27/11/25

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.122.25-26

**Objet : Regroupement Pré-P.A.S GAF –
Dép 0405-13-84**

A **Mesdames, Messieurs**
Les présidents des clubs GAF
Encadrement convoqué
DEGRET Karine, MEURISSE Séverine

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place du **regroupement Pré-P.A.S GAF pour les départements 0405-13-84**, qui se déroulera le :

Dimanche 11 janvier 2026

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

Horaires : 09h30 - 12h30

Gymnastes concernées : 2018/2019

Pré-requis :

- 2018 : Maîtrise des éléments du niveau 2 du programme 7-9 ans minimum à chaque agrès au moment du premier regroupement
- 2019 : pas de prérequis technique – mais ayant un profil pour la gymnastique de performance

Les confirmations de participation sont ouvertes, pour les gymnastes et entraîneurs, via EngaGym (**la licence devra impérativement être validée**), jusqu'au **mardi 6 janvier 2026 MINUIT**. 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 : 7 € par gymnaste. Règlement à effectuer via EngaGym **entre le 7 et le 9 janvier 2026** (paiement par carte bancaire uniquement).

Croyez **Mesdames, Messieurs**, à nos sincères salutations sportives.

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente Régionale



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