

Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 10/03/26

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.125.25-26

Objet : Regroupement P.A.S GAF n°2

Mesdames, Messieurs,

A **Mesdames, Messieurs**

Les présidents des clubs GAF

Encadrement convoqué

DEGRET Karine, MARTIN Eva, MEURISSE Séverine

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place du **Regroupement P.A.S GAF n°2**, qui se déroulera le :

Dimanche 12 avril 2026

Lieu : **Gymnase Raymond Keraudren – Rue des Peupliers - 83400 Hyères**

Horaires : **Accueil 09h45**

Entraînement 10h00 à 16h45

Bilan entraîneurs – jusqu'à 17h00

Public concerné : Voir liste des gymnastes ci-jointe.

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

Les confirmations de participation sont ouvertes, pour les gymnastes et entraîneurs, via EngaGym (la licence devra impérativement être validée), jusqu'au **dimanche 29 mars 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 : 15 € par gymnaste. Règlement à effectuer via EngaGym **entre le 31 mars et le 2 avril 2026** (paiement par carte bancaire uniquement).

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

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 :

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de cette action organisée par le comité régional, des photos et/ou vidéos peuvent être réalisées. Ces images peuvent être utilisées uniquement dans le cadre de la communication et de la valorisation des activités du Comité régional (site internet, réseaux sociaux, supports de communication, documents pédagogiques).

☐ J'autorise la prise de vue et la diffusion de l'image de mon enfant dans les conditions précisées ci-dessus.

☐ Je n'autorise pas la prise de vue et la diffusion de l'image de mon enfant.

Fait à : le

Signature précédée de la mention

LU ET APPROUVE