



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 09/12/25

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 133.25-26
Objet : REGROUPEMENT TERRITOIRE
0698-83 N°2- GAM

A **Mesdames, Messieurs**
Les Présidents des clubs concernés GAM
L'encadrement technique
Rémi PELLEGRINO

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de l'organisation du **REGROUPEMENT TERRITOIRE 0698-83 GAM N°2**, qui se déroulera le :

Samedi 17 janvier 2026 à Monaco

Lieu : Salle Princesse Stéphanie - Vallon de Sainte Devote - 98000 Monaco

Horaires : 14h00 à 18h00

Public concerné :

Engagement libre des gymnastes de 2016 à 2018.

Les inscriptions sont ouvertes, via EngaGym (**la licence devra impérativement être validée**), jusqu'au **dimanche 11 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 13 et le 15 janvier 2026** (paiement par carte bancaire uniquement).

En cas d'absence à un regroupement il sera demandé un certificat médical afin d'être remboursé des sommes engagées par le club.

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

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente



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