



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 20/02/26

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 77.25-26

Objet : : Regroupement Régional GR n°2

A **Mesdames, Messieurs**
Les Présidents des clubs concernés GR
L'encadrement technique
Stéphanie ARNOUX

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de l'organisation du **REGROUPEMENT REGIONAL GR N°2** qui se déroulera le :

Samedi 21 mars 2026 à Solliès-Pont

Adresse : Gymnase Jo Saint Cast – 143, rue République – 83210 SOLLIES-PONT

Horaires : de 9h30 à 16h30 (Prévoir son pique-nique)

Public concerné

Gymnastes engagées en CF4, poussines ou Nat 10-11 ans, ou en CF3 avec un profil performance (uniquement sur validation avec la responsable PAS).

Matériel

Prévoir : ballon / ruban / corde / massues / bloc yoga / élastique

Objectifs

- Travail de préparation physique basé sur les tests physiques CF4
- Travail des difficultés imposées des 10-11 ans en performance
- Approfondissement du travail technique à l'engin
- Favoriser l'échange entre les clubs de la Région Sud, ainsi que la détection des gymnastes.
- Favoriser les échanges de pratique entre les entraîneurs.

Programme

9h30-10h Accueil et présentation de la journée

10h-11h30 PPS

11h30-12h Souplesse et travail du « I »

13h15-13h45 Echauffement engin

13h45-14h00 Ecart

14h – 14h45 – Les acrobaties

14h45 – 15h30 Manip Ballon + DA + Lancer

15h35 – 16h20 – Manip Corde + DA + Lancer

16h20 – 16h30 Pointes / Photo / Bilan



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

Les inscriptions pour les gymnastes et entraîneurs sont ouvertes, via EngaGym (la **licence devra impérativement être validée**), jusqu'au **dimanche 15 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 et repas à la charge du club.

Droits d'inscription pour cette action : 15 € par gymnaste. Règlement à effectuer via EngaGym **entre le mardi 17 et le jeudi 19 mars 2026** (paiement par carte bancaire uniquement – **VIREMENTS BANCAIRES INTERDITS**).

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

Marjorie DO LIVRAMENTO
Présidente



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