



Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 09/09/26

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.17.26-27

Objet : Test physiques P.A.S GAF

A **Mesdames, Messieurs**
Les présidents des clubs GAF
Encadrement convoqué
MARTIN Eva, MEURISSE Séverine

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place des **TESTS PHYSIQUES P.A.S ET ENTRAÎNEMENT PROGRAMME RERJ GAF** qui se dérouleront le :

Dimanche 27 septembre 2026

Lieu : A déterminer

Horaires* : Accueil : 10h00

Début entraînement : 10h30/12h30 (prévoir un pique-nique)

Fin : 16h30

Bilan journée (entraîneurs) : 16h30/17h00

*** Les horaires sont susceptibles d'être modifiés en fonction du nombre d'engagées.**

Public concerné : Gymnastes nées en 2016-2017-2018. (Hors gymnastes du « Collectif Avenir » retenues sur le camp d'été 2026). Pré-requis :

- Pour les 2016/2017 : présentant au minimum les éléments du niveau 3 à chaque agrès bien maîtrisés
- Pour les 2018 : présentant au minimum les éléments du niveau 2 aux barres bien maîtrisés et les éléments du niveau 3 réussis ou en cours d'acquisition au saut, poutre et sol.

Les gymnastes devront être munies de leur autorisation parentale.

Objectifs des tests physiques : La Direction Technique Nationale a mis en place une grille et une procédure pour les tests physiques dont l'objectif est de collecter des mesures du potentiel des gymnastes à l'instant T. Ainsi, nous ne vous enverrons pas le contenu des tests car ils ne sont pas à préparer à l'avance. Il n'y a pas de barème pour participer. Les mesures seront enregistrées via un logiciel fédéral afin d'établir un profil des capacités innées de chaque gymnaste.

Objectifs de l'évaluation technique : Le P.A.S est une orientation de pratique tournée vers l'accession au haut niveau. L'objectif de ces « Evaluations techniques » est d'observer chez les gymnastes la maîtrise des bases techniques et les qualités physiques requises pour cette orientation.

À la suite de ces tests, une liste de gymnastes sera établie et ces gymnastes seront convoquées sur les prochaines actions du secteur P.A.S.

Les inscriptions seront ouvertes, via EngaGym (**la licence devra impérativement être validée**), **jusqu'au mardi 22 septembre 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 23 et le 25 septembre 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



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