

Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 14/10/26

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. 52.26-27

Objet : Test compétitif RERJ GAF

A **Mesdames, Messieurs**

Les présidents des clubs GAF

Encadrement convoqué

DEGRETT Karine, MARTIN Eva, MEURISSE Séverine

Juges convoqués

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place du **Test compétitif programme RERJ GAF**, qui se déroulera le :

Dimanche 1^{er} novembre 2026

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

Horaires : Accueil : 10h00

Début échauffement : 10h30

Test : 11h00 à 12h30

Public concerné : Voir liste des gymnastes ci-jointe.

Les inscriptions seront ouvertes, via EngaGym (**la licence devra impérativement être validée**), **jusqu'au mardi 27 octobre 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 28 et le 30 octobre 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 ET DROIT À L'IMAGE

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 Régional de Gymnastique Région Sud (suivant convocation), et à participer aux activités qui lui seront proposées par les responsables.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Adresse du responsable légal :

Personne responsable ou à prévenir en cas d'urgence :

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