COMITÉ RÉGIONAL PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR

Marjorie DO LIVRAMENTO - Présidente

Marseille, le 05/11/26

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

A ***Mesdames, Messieurs***
Les présidents des clubs TRA
Encadrement convoqué
INNOCENTI Audrey, VIVIANI Lucien

Ref : PAS. 82.26-27
Objet : Tests PRE TRA

Mesdames, Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous faire part de la mise en place des **TESTS PRE TRA**, qui se dérouleront le :

Dimanche 22 novembre 2026

Lieu : Complexe Léry – 42, boulevard de l'Europe – 83500 LA SEYNE SUR MER

***Horaires* : 9h30 – 12h30 / 13h30 – 17h00 (prévoir un pique-nique)**

Public concerné :
Tests PRE : 10 / 13 ans

Les inscriptions seront ouvertes, via EngaGym (**la licence devra impérativement être validée**), **jusqu'au mardi 17 novembre 2026 MINUIT**. Les gymnastes devront être en possession de l'autorisation parentale et seront

Veuillez noter que les gymnastes sont sous la responsabilité du Comité Régional (encadrement convoqué) uniquement durant les temps d'entraînement, en dehors, ils sont sous la responsabilité de leur entraîneur club).

➢ **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 18 et le 20 novembre 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

COMITÉ RÉGIONAL PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR

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

12, rue Raphaël
13008 MARSEILLE
Téléphone : 04.91.22.72.22
E-mail : comite-regional@ffgym-regionsud.fr