



CENTRE EQUESTRE DE GASSIES

Ecole d'Equitation – Poney-Club – Stages – Compétitions – Pension

AFFILIE F.F.E.

SAISON 2016 / 2017 - FICHE D'INSCRIPTION

Route de Gassiès - 81240 Saint Amans Sout - tél : 05,63,97,95,53 – Port : 06,62,27,66,83

@ : valerie.trojnar@wanadoo.fr et www.centre-equestre-gassies.ffe .com

1°- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CAVALIER :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Garçon / Fille

Numéro de licence FFE : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Diplômes équestres acquis:

Poneys de : Bronze - Argent - Or

Galops : 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

2°- RESPONSABLE LÉGAL POUR LES MINEURS :

Père - Mère - Autres (préciser).....

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal - Ville :

Portable : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ (en cas d'urgence).

Domicile : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../ Travail : /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Adresse-mail :@.....

J'accepte que le Centre Equestre me tienne informé des manifestations et de la vie du club par mail : oui / non

3°- DROIT A L'IMAGE:

Le cavalier ou son représentant légal **autorise - n'autorise pas (rayer la mention inutile)** le Centre Equestre de GASSIES à utiliser son image prise lors d'activités équestres, à des fins de promotion et d'information des activités du club, y compris sur son site Internet et sa page Facebook.

4°- RÉGLEMENTATION :

Le respect du règlement intérieur est impératif (il est affiché au club house). Les signataires de ce formulaire attestent en avoir pris connaissance.

Pour passer des examens fédéraux (Galops) et/ou participer à des épreuves sportives **La Licence Fédérale est obligatoire, ainsi qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique des sports équestres y compris en compétition.** (Validé depuis moins de 4 mois).

Le port du Casque est obligatoire (NF 1384).

Je soussigné,responsable légal du cavalier....., l'autorise à participer aux activités du Centre Equestre de Gassiès. J'autorise les responsables du centre équestre à prendre sur avis médical en cas de nécessité toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris hospitalisation, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Fait à :, le :/...../20.....

Signature du RESPONSABLE LÉGAL:

Réservé à la gestion du Centre Equestre

Paiement adhésion Club FFE : Espèces Le..... - Chèque n°..... Le.....

Choix du paiement des cours : Carte - mois - Trimestre

Nombre de cours par semaine : le mercredi :

Le samedi :

