



Fiche de renseignement Cavalier

Civilité : Mr \Mme

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Mobile:

E-mail :

Niveau équestre :

Galops :

N° licence FFE :

Parent, tuteur ou personne à contacter 1

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Mobile :

E-mail :

Parent, tuteur ou personne à contacter 2

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone Fixe :

Mobile :

E-mail :

Renseignements Médicaux

Médecin traitant : Téléphone :

Allergies :

Pathologie ou traitement à connaître :

Autorisation d'utilisation de l'image du cavalier pour la communication de la Ferme équestre du Bois Vieux (au sein de son établissement, site internet, publicités, presse...) OUI NON

Je soussigné, certifie que le cavalier ci-dessus nommé est bien assuré et qu'il ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'équitation. J'autorise les responsables de la Ferme équestre du Bois Vieux à prendre les mesures nécessaires, concernant notamment l'hospitalisation du cavalier, en cas d'accident.

Un certificat médicale valide pour l'année en cours et avec la mention « apte à la pratique de l'équitation en concours » devra être joint à la fiche de renseignement.

FAIT A :

SIGNATURE précédée de la mention « lu et approuvé »

LE :