



## Nouvel adhérent Centre équestre des 1000

Année 2019/2020

### Adhérent :

Nom.....Prénom.....  
Date de naissance :.....  
N° de licence.....(obligatoire et à présenter si l'enfant n'est pas adhérent du poney club des 1000)  
De quel club venez-vous ?.....  
Comment nous avez-vous connu ?.....  
Si pas de licence , adhésion prise le :.....  
Cotisation payée le :.....  
Niveau :.....Galops éventuels.....  
Adresse :.....  
Code Postal :.....Ville :.....  
Téléphone :.....e-mail :.....

### Responsables légaux et personnes à contacter en cas d'urgence :

**Responsable 1 :** Nom.....Prénom..... Père/Mère/Tuteur  
Adresse si différent de l'enfant :.....  
Profession :.....  
Tel portable:.....Tel prof.....  
Tel domicile :.....  
e-mail :.....

**Responsable 2:** Nom.....Prénom..... Père/Mère/Tuteur  
Adresse si différent de l'enfant :.....  
Profession :.....  
Tel portable:.....Tel prof.....  
Tel domicile :.....  
e-mail :.....

### Formule Choisie :

- Carte de 10 heures valable 6 mois à partir du : .../.../.....
- Forfait trimestriel nombre de cours par semaine :
- Forfait annuel à partir du : ...../...../.....

**Les forfaits annuels ne sont ni remboursables ni annulables.  
Tout forfait commencé est dû dans son intégralité.**

## Rappel :

- Les absences non signalées 24h avant seront décomptées, et ne seront pas remboursables sauf sur présentation d'un certificat médical (obligatoire).
- En cas d'absence prolongée au-delà de 1 mois, dû à un souci de santé ( même avec certificat médical), le centre équestre se réserve le droit de suspendre l'abonnement et de donner la place de l'élève à quelqu'un d'autre. (A son retour l'élève absent se verra proposer une autre place selon les disponibilités).

### Autorisation Parentale :

• Je soussigné(e) représentant légal(e) de..... lui autorise la pratique de l'équitation au Centre équestre des 1000.

Autorise les responsables du centre équestre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant après avis du corps médical.

Merci de nous préciser si votre enfant a des problèmes :

Cardiaques :..... Respiratoires :.....

Nerveux :..... De vue :.....

D'audition :..... Vertébraux :.....

Articulaires :..... D'attention :.....

De Communication :.....Autres, préciser :.....

.....

Traitements permanents ou occasionnels :.....

Allergies.....

Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'équitation

Certifie avoir été informé que le centre équestre peut utiliser l'image de mon enfant (photographies ou films) afin de communiquer sur les activités pratiquées (brochure, site internet, affichage interne, publication dans la presse, etc.). Il est précisé, qu'aucune contrepartie financière ne pourra être allouée en cas de publication.

Reconnais avoir été informé(e) que mon enfant reste sous mon entière responsabilité en dehors de son heure de reprise habituelle. Ainsi je décharge le centre équestre ou le personnel de l'établissement de toute responsabilité en cas d'accident.

Reconnais avoir été personnellement informé(e) du contenu du règlement intérieur du centre équestre et du contrat d'assurance inclus dans la licence FFE de mon enfant. En cas d'annulation, ou en cas d'incapacité de l'enfant, aucun remboursement ne pourra avoir lieu.

Date et signature du représentant légal

(Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé, bon pour accord »)