

# Contrat d'inscription 2017 – 2018



## Entre

EARL Emmanuelle VERA

Les Écuries de St Jean

84 750 Caseneuve

☎ 06 84 17 01 95

## Et le cavalier

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Niveau équestre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

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

Nom- prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom- prénom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergies, antécédents médicaux, troubles du comportement, difficultés d'apprentissage, ..., toute information susceptible d'impacter le suivi des cours :

**Inscription au cours du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_**

## Selon la formule :

- Carte de 5 séances
- Forfait annuel 1 séance / semaine (payable en 10 mensualités)
- Forfait annuel 2 séances / semaine (payable en 10 mensualités)
  
- Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance du présent contrat et du règlement intérieur et les accepter sans réserve ;
- Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article L. 321-4 du Code du sport, de l'intérêt de la souscription d'une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels le cavalier peut être exposé dans le cadre de la pratique de l'équitation et souscrit la licence FFE.
- J'atteste n'avoir aucune contre-indication à la pratique de l'équitation et, je fournis un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'équitation ainsi qu'une autorisation parentale pour les cavaliers mineurs.
- J'accepte être recensé dans le fichier informatique du club et bénéficie directement auprès du club d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.
- J'accepte / refuse l'utilisation de mon image par le club dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

*Le présent contrat est conclu jusqu'au 31 août 2018*

Date et signature (précédée de la mention lu et approuvé)

EARL Emmanuelle VERA  
Les Écuries de St Jean  
84 750 Caseneuve  
Club FFE : 8475001

Certificat Médical

Je soussigné, certifie avoir examiné le cavalier ....., et  
n'avoir constaté à ce jour aucune contre indication à la pratique de l'Équitation en compétition.

Date :

N° inscription à l'ordre :

Signature et Cachet :

Autorisation Parentale

Nom – Prénom du représentant légal :

Qualité :  Père     Mère     Tuteur

Je soussigné, autorise le cavalier..... à pratiquer de façon  
régulière et demande la licence compétition.

Date :

Signature :