



Contrat d'inscription

Nom	.....	Sexe	M : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>		
Prénom	.....	Né(e) le	.....	Tél	.....
N° licence/ Carte vacances	.....	E-mail	.....	
Adresse	.....	Allergies/ Asthme/ Informations importantes	.....	
	Code postal .....		.....
	Ville .....	.....		
Représentant(s) légal(aux) (Si le cavalier est mineur)	Nom Prénom	Tél :			
	Nom Prénom	Tél :			
Personne(s) à contacter en cas d'urgence	Nom Prénom	Tél :			
	Nom Prénom	Tél :			
Formule	<input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle				
Type de prestation	<input type="checkbox"/> Enseignement (Collectif ¹ <input type="checkbox"/> / Particulier ² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baby poney <input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Balade <input type="checkbox"/> Passage de galop (Galop n° ...) <input type="checkbox"/> Coaching concours <input type="checkbox"/> Baptême poney <input type="checkbox"/> Autre (discipline particulière) :				
Choix de créneau (A déterminer avec l'établissement)	<input type="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Le			Niveau actuel Galop n°	.....
	<input type="checkbox"/> Changeant (à fixer au moins jours avant la séance)				

Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, je reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de l'équitation peut exposer ainsi que des conditions d'assurance offertes par la licence FFE.

Je souscris les garanties d'assurance individuelle du cavalier offertes par la licence FFE

Je refuse l'assurance individuelle de cavalier de la licence FFE et je justifie être assuré(e) pour les dommages corporels ainsi que la responsabilité civile pour la pratique de l'équitation, auprès de :

Nom de l'assureur :

Contrat n° :

¹ De à personnes.

² Jusqu'à personne(s).

- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente ainsi que le règlement intérieur se trouvant en annexe, applicables au sein de l'établissement.
- Je reconnais avoir recueilli un avis médical favorable à la pratique de l'équitation.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'obligation du port du casque répondant à la norme EN 1384.
- Je comprends que l'organisation de l'établissement peut être modifiée en raison d'un évènement extérieur et/ou des mesures de restrictions émanant de l'administration qui y seraient liées.
- Je reconnais que je ne pourrai prétendre à aucun remboursement dans le cas où j'arrêterai de venir avant le terme du contrat.
- J'accepte d'être recensé(e) dans le fichier informatique de l'établissement et bénéficie directement auprès de l'établissement d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.
- Je déclare accepter / refuser l'utilisation de mon image ou celle de mon enfant par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

FORFAIT ANNULATION : OUI / NON

- Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'application du forfait annulation dans les conditions générales de ventes se trouvant en annexe.

Le droit d'accès aux installations dont je bénéficie s'articule de la façon suivante (hors stages ou animations particulières) :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
De à	De à	De à	De à	De à	De à	De à

Le présent contrat est conclu jusqu'au

Fait à

Le

Signature :