



FICHE D'INSCRIPTION séjour sur l'ILE DE RE

Règlement : Comptant - Chèque à l'ordre de SAS CEPC du Val de Creuse

NOM				
PRENOM				
NE(E) LE				
Masculin <input type="checkbox"/>				Féminin <input type="checkbox"/>
NATIONALITE				
ADRESSE				
Licence FFE n°			Niveau de Galop	
Domicile				
Bureau				
Portable				
E-mail				
Représentant légal	Parents <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteurs <input type="checkbox"/>
Nom			Prénom	

Désire s'inscrire pour
LE SEJOUR DU 04 au 06 juin 2022 SUR L'ILE DE RE
En tant que :

	Tarifs TTC (€)	
Adhérent	350	
Propriétaire/locataire	290	
Non adhérent	400	
Accompagnateur	150	

Les tarifs n'incluent pas le transport des personnes sur l'île ainsi que les dépenses à caractères personnelles

Conformément à l'article L321-4 du code du sport.

Je déclare avoir été informé par l'établissement de l'intérêt de souscrire une assurance individuelle accident ainsi que des conditions d'assurance de la licence fédérale et des modalités permettant de souscrire des assurances complémentaires.

Je déclare avoir été informé et accepter le règlement intérieur applicable au sein de l'établissement.

Je déclare accepter/refuser * l'utilisation de mon image par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

A _____ le _____ 20__

Bon pour accord

Signature

*rayer la mention inutile



AUTORISATION PARENTALE

Ci-joint photocopie du carnet de santé de l'enfant
et de la carte de SS du représentant légal.

Je soussigné(e) (nom, prénom).

Représentant légal de l'enfant

Autorise la SAS CEPC du Val de Creuse en la personne de son représentant légal à faire pratiquer sur lui toute intervention et soins d'urgence.

Pour tous problèmes médicaux la SAS CEPC du Val de Creuse fera appel au cabinet du médecin de garde sur place,

Si vous désirez un autre praticien veuillez indiquer son nom et son n° de téléphone :

.....
.....

En cas de nécessiter la SAS CEPC du Val de Creuse fera hospitaliser l'enfant au CHU de la Rochelle

Si vous désirez un autre établissement hospitalier veuillez l'indiquer ci-dessous :

Je désire que l'enfant

Soit hospitalisé à

Fait à. le

Signature

Personne à contacter en cas d'accidents :

Nom, Prénom :

N° de téléphone :

Renseignements complémentaires

L'enfant a-t-il des allergies ? Si oui lesquelles

Date du dernier rappel de tétanos :

↪ Si l'enfant suit un traitement médical joindre une photocopie de l'ordonnance aux médicaments.