



Numero de licence :

Galop :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Date de naissance	
Age	
Tel	
Portable	
Em@il	
HEURES DE COURS SOUHAITEES/ semaine	
Jours de préférences	
Personne à prévenir en cas d'accident	
Numéro de tel	
Mode de reglements	<i>Un seul paiement : chèque, CB</i>

AUTORISATIONS	
FAIRE INTERVENIR LE SAMU	OUI NON
VOUS FAIRE TRANSFERER DANS UN HOPITAL	OUI NON
<i>Si non quel hôpital de votre choix</i>	
<i>Publication de Photos de vous pour le site des écuries, instagram et facebook lors d'activités hippiques.</i>	OUI NON

(POUR LES MINEURS) RESPONSABLE LEGAL : **PERE MERE TUTEUR**

NOM : **PRENOM:**..... **TEL :**

DATE ET SIGNATURE :