



CENTRE EQUESTRE EQUIVALLEE CLUNY
FICHE D'INSCRIPTION 2021-2022

SHETLAND <input type="checkbox"/>	CHEVAL / DOUBLE PONEY <input type="checkbox"/>
NIVEAU D'EQUITATION	TAILLE

Merci d'écrire lisiblement en lettre capitale

LE CAVALIER

NOM : _____
PRENOM : _____
NE(E) LE : ___/___/___
PROFESSION : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
TELEPHONE : _-_-_-_-_-
E-MAIL : _____@_____

LES PARENTS

PERE
NOM : _____
PRENOM : _____
NE(E) LE : ___/___/___
PROFESSION : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
PORTABLE : _-_-_-_-_-
TELEPHONE FIXE : _-_-_-_-_-
E-MAIL : _____@_____

MERE
NOM : _____
PRENOM : _____
NE(E) LE : ___/___/___
PROFESSION : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
PORTABLE : _-_-_-_-_-
TELEPHONE FIXE : _-_-_-_-_-
E-MAIL : _____@_____

COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT (AUTRE QUE LES PARENTS) :

CHOIX DES ACTIVITES EQUESTRES
(Si votre choix n°1 n'est plus disponible vous serez inscrit dans le choix n°2)

CHOIX N°1 :
JOUR : _____
HEURE : _____
NIVEAU DE LA REPRISE : _____

CHOIX N°2 :
JOUR : _____
HEURE : _____
NIVEAU DE LA REPRISE : _____

CHOIX N°3 - 2 SEANCES PAR SEMAINE :
JOURS : _____ ET _____

HEURES : _____ ET _____
NIVEAU DES REPRISES : _____

ATTESTATION A REMPLIR POUR PERSONNE MAJEURE :

Je soussigné(e), _____ déclare ce qui suit : je désire pratiquer l'équitation au Centre Equestre Equivallée Cluny.

Je déclare que je ne suis pas sujet(te) à une interdiction médicale concernant la pratique de l'équitation et des disciplines associées (Horse-Ball, Pony-Games, Equifun, Balades, ...).

J'accepte d'être photographié à des fins de communication pour Equivallée. (Sinon rayer cette mention).

Je déclare avoir lu et compris dans leur intégralité les consignes de sécurité et le règlement intérieur applicable au sein de l'établissement équestre affiché à l'accueil.

Je m'engage à respecter les consignes de sécurité données par le moniteur et le bien être du cheval. Le moniteur se réserve le droit d'interrompre la séance sans aucun dédommagement, ni remboursement ne puisse être réclamé.

Le centre équestre met à votre disposition tout le matériel nécessaire pour la bonne pratique de l'équitation, il est de votre devoir d'en prendre le plus grand soin.

ATTESTATION A REMPLIR POUR ENFANT MINEUR :

Je soussigné(e), Monsieur/Madame _____, représentant légal du mineur cité ci-dessus, atteste que mon enfant peut pratiquer l'équitation.

J'autorise mon enfant/l'enfant sous mon autorité à pratiquer l'ensemble des activités autorisés pour son âge, au sein du Centre Equestre Equivallée Cluny et à être photographié à des fins de communication pour Equivallée (sinon rayer la mention).

Je donne tous pouvoirs aux dirigeants et responsables d'activités du centre équestre, pour prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident qui pourrait survenir au cours de la saison. Je m'engage, ainsi que mon enfant, à respecter les consignes de sécurité et le règlement intérieur applicable au sein de l'établissement équestre affiché à l'accueil.

Je déclare que mon enfant n'est pas sujet(te) à une interdiction médicale concernant la pratique de l'équitation et des disciplines associées (Horse-Ball, Pony-Games, Equifun, Balades, ...).

Je déclare avoir lu dans leur intégralité les règlements affichés et avoir été informé, ainsi que mon enfant/l'enfant est sous ma responsabilité, des conditions de sécurité sur le site par les personnes responsables de l'encadrement et je m'engage à les respecter et à les faire respecter.

Toutes les décisions du personnel d'encadrement à mon encontre ou à l'encontre des personnes sous mon autorité seront acceptées et exécutées sur le champ sans qu'il soit fait obstacle au bon déroulement de l'activité, à notre sécurité ou à celle des autres usagers de l'activité.

Le moniteur se réserve le droit d'interrompre la séance sans aucun dédommagement, ni remboursement ne puisse être réclamé.

Le centre équestre met à votre disposition tout le matériel nécessaire pour la bonne pratique de l'équitation, il est de votre devoir et celui de votre enfant d'en prendre le plus grand soin.

J'autorise/Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) les membres du personnel du centre équestre Equivallée Haras National de Cluny à prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la santé de mon enfant en cas d'urgence.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions générales de ventes du centre équestre.

Fait à _____ Le ____/____/____

Signature :