

CONTRAT D'INSCRIPTION POUR UN CAVALIER
2018 / 2019

ETABLISSEMENT

Dénomination sociale : EARL Les Hauts de Bordeaux
Adresse : 4 route de Cénac – 33360 LATRESNE
Téléphone : 06.89.81.43.84/ 06.33.65.32.48
Courriel : leshautsdebordeaux@gmail.com
SIRET : 753 360 155 00018

CAVALIER / CAVALIERE

Nom et prénoms :
Licence n° (si précédemment licencié) :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone (parents si mineur) :
Téléphone (numéro personnel si mineur) :
Courriel :
Date de naissance :
Niveau :
Jour et heure choisi :

- Personne à contacter en cas d'urgence :
- Nom :
- Téléphone (autre que précédemment mentionné) :

- Titulaire(s) de l'autorité parentale : (nom et prénom)

Je soussigné(e),
Atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente du présent contrat.

A LATRESNE, Le

Signature du Cavalier/Cavalière
Ou de son représentant légal si mineur,
Précédé de la mention « lu et approuvé »

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRE

Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article L. 321-4 du Code du sport, de l'intérêt que présente la souscription d'une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels mon enfant peut être exposé dans le cadre de la pratique de l'équitation.

Je reconnais avoir pris connaissance et signé les conditions d'assurance responsabilité civile et individuelle accident offertes par la licence FFE, ainsi que des modalités permettant de souscrire des garanties complémentaires détaillées dans le présent contrat, sur la page cavalier de mon enfant depuis le site www.ffe.com et sur www.pezantassure.fr.

Je reconnais avoir parfaitement conscience de la différence d'indemnisation entre les garanties d'assurance de base offertes dans la licence FFE et les garanties complémentaires payantes proposées. Je fais ainsi le choix suivant :

Je souscris les garanties d'assurance individuelle accident offertes par la licence FFE.

Je souscris une garantie complémentaire payante auprès du cabinet Generali Pezant, directement sur la Page Cavalier FFE depuis le site www.ffe.com ou sur www.pezantassure.fr.

J'atteste avoir recueilli/ que mon enfant ai recueilli, un avis médical favorable et ne présenter aucune contre-indication à la pratique de l'équitation.

J'accepte l'utilisation de l'image de mon enfant / de mon image, par le club dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

Je refuse l'utilisation de l'image de mon enfant / de mon image, par le club dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

J'atteste avoir pris connaissance et signé le règlement intérieur du centre équestre, annexé au présent contrat.

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

Du représentant Légal si mineur

CAVALIER MINEUR

Nom

Prénom

Date de naissance

E-mail

Adresse

Tél Tel. 1.

Tel. 2

Coordonnée(s) de la ou des personnes à contacter en cas d'urgence

Contact 1 :

Qualité :

Tel. 1 :

Tel. 2 :

Contact 2 :

Qualité :

Tel. 1 :

Tel. 2 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Fiche sanitaire

- Sexe : féminin masculin

- Groupe sanguin :

Rhésus :

- Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit:

Diphtérie : date

date rappel

Tétanos : date

date rappel

Poliomyélite : date

date rappel

Ou DT Polio : date

date rappel

Ou Tétracoq : date

date rappel

BCG date 1ère vaccin

date revaccination

Injection de sérum

Nature

date

Nature

date

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Coqueluche Varicelle Otites

Angines Rhumatismes Rougeole Oreillons

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

Vos Recommandations

(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)

Assurance

Licence FFE : _____

Carte Vacances : _____

Coordonnées de Generali Cabinet PEZANT :

02 31 06 08 09

Autre (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :

AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

Je soussigné(e),
Parent / tuteur légal de l'enfant
né(e) le

Reconnais avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;

Déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le

*Signature du représentant légal précédée de la
mention manuscrite « Lu et approuvé »*

CONSENTEMENT A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, Monsieur et Madame :
parents / tuteurs légaux de l'enfant mineur :
né(e) le ____ / ____ / ____

Reconnaissons avoir rempli la fiche sanitaire de liaison concernant notre enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;

Autorisons par avance, en cas de nécessité pour l'état de santé de notre enfant, le service de secours :

à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence ;

à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique.

Déclarons avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A _____, le,

*Signature du représentant légal précédée de la
mention manuscrite « Lu et approuvé »*