

# FICHE D'INSCRIPTION

## Au club Espace équestre du Trièves

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Tél. domicile :

Portable :

Email :

Tél. travail :

Jour du cours :    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi  
Cf document joint

<b>Procuration :</b>
----------------------

Je soussigné(e) : *(nom prénom)*

autorise la direction de l'Espace Équestre du Trièves à soigner mon enfant : *(nom prénom)*

et pratiquer toutes interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.

Fait à :

Signature :

Modalités de règlement :

Adhésion :

Licence : oui – non    *si oui montant :*

Cours pour l'année :                    montant total

Règlement en 1 fois                    ou                    en                    fois

Nombre de chèque :

Règlement en espèce :

Attention : vous êtes engagés pour l'année, seule l'incapacité physique avérée (certificat médical) peut justifier un remboursement partiel (50%) au prorata des séances restantes.