

# Contrat d'inscription 2024-2025

Nom	.....	Sexe	M : <input type="checkbox"/> F : <input type="checkbox"/>		
Prénom	.....	Né(e) le	.....	Tél	.....
N° licence/ Carte vacances	.....	E-mail	.....		
Adresse	.....	Allergies/ Asthme/ Informations importantes	.....		
	Code postal .....		.....		
Représentant(s) légal(aux) <i>(Si le cavalier est mineur)</i>	Nom Prénom	Tél : .....			
	Nom Prénom	E-mail : .....			
Personne(s) à contacter en cas d'urgence	Nom Prénom	Tél : .....			
	Nom Prénom	Tél : .....			
Formule	<input type="checkbox"/> Annuelle - Forfait		<input type="checkbox"/> Tickets		
Type de prestation	<input type="checkbox"/> Enseignement Collectif				
			Niveau Actuel Galop	.....	

Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, je reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique de l'équitation peut exposer ainsi que des conditions d'assurance offertes par la licence FFE.

- Je souscris les garanties d'assurance individuelle du cavalier offertes par la licence FFE
- Je refuse l'assurance individuelle de cavalier de la licence FFE et je justifie être assuré(e) pour les dommages corporels ainsi que la responsabilité civile pour la pratique de l'équitation, auprès de :

Nom de l'assureur : .....

Contrat n° : .....

- Je reconnais que je ne pourrai prétendre à aucun remboursement dans le cas où j'arrêterai de venir avant le terme du contrat, quelque-soit le mode de Règlement (Virement ou Chèques différés)
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente ainsi que le règlement intérieur, applicables au sein de l'établissement (voir tableau d’Affichage).
- Je reconnais avoir recueilli un avis médical favorable à la pratique de l'équitation.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'obligation du port du casque répondant à la norme EN 1384.
- Je comprends que l'organisation de l'établissement peut être modifiée en raison d'un évènement extérieur et/ou des mesures de restrictions émanant de l'administration qui y seraient liées.
- J'accepte d'être recensé(e) dans le fichier informatique de l'établissement et bénéficie directement auprès de l'établissement d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.
- Je déclare  accepter /  refuser l'utilisation de mon image ou celle de mon enfant par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

Durant l'année :

- Nous avons besoin de bénévoles pour nous aider à organiser les compétitions quelques heures ou quelques jours par an, seriez-vous disponible pour nous aider  
OUI                      NON
- De par votre profession(médecin, commerce, ..... ) ou vos relations, seriez-vous ou connaissez-vous d'éventuels partenaires susceptibles d'être intéressés par nos compétitions. Avez-vous la possibilité d'obtenir des lots à distribuer pendant les concours ?  
OUI                      NON

Dans le cas positif, nous nous permettrons de prendre contact avec vous.

Le présent contrat est conclu jusqu'au .....

Fait à .....

Le .....

Signature :



CLUB HIPPIQUE NIORTAIS – Les Sources – 400, Route d'Aiffres – 79000 NIORT  
Mail : [contact@clubhippiqueniortais.com](mailto:contact@clubhippiqueniortais.com)  
N° SIRET : 781 458 294 000 19  
N° Tel : 054.49.28.28.28.