

**Centre équestre**

Nom de la personne référente :

Mail / téléphone :

**Etablissement médico-social**

Nom de la personne référente :

Mail / téléphone :

**Cavalier**

NOM Prénom :

Numéro Licence FFE :

- J'autorise le CDE 50, et ses partenaires, ayants droit, à reproduire et exploiter mon image fixée dans le cadre de photographies pour la prestation de la promotion et la communication du service Cheval et Diversité.
- J'atteste être autorisé à pratiquer l'équitation y compris en compétition (certificat médical conservé par l'encadrant)

**LE CAVALIER PARTICIPE A :****EQUIFUN**
 Epreuve \*    Epreuve \*\*    Epreuve \*\*\*

En équipe avec le cavalier suivant :

**RIDE AND RUN**
 Epreuve \*    Epreuve \*\*

En équipe avec le cavalier suivant :

**Engagement (coût d'un engagement : 10 euros + 5 euros par épreuve supplémentaire)**

Nombre d'engagement : .....

Coût Total : .....

Règlement effectué le : .....

Par : .....