

**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 :

EQUIFEEL
☐ Epreuve * ☐ 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 :