

		n° Licence 2026 :	
		◇ Adultes	◇ Doubles
Image FFE : ◇ oui ◇ non	M	Niveau : _____	
Adresse FFE : ◇ oui ◇ non		Séance : _____	
CM		Forfait Loisir	1/2 Forfait Loisir DP
Allergies alimentaires : ◇ oui ◇ non		Forfait Privilège	
Autres allergies : ◇ oui ◇ non		Carte	Licence
Asthme : ◇ oui ◇ non			◇ Prélèvement
Autre : _____		◇ 1 fois ◇ 3 fois	RUM : _____

PONEY CLUB des 5 ARPENTS

450 Rue des 5 Arpents - 45 370 Cléry Saint André - 06.07.13.35.40 - pc5arpents@gmail.com

INSCRIPTION 2025-2026

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Taille approximative : _____

Poids approximatif : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

N° de téléphone du domicile : _____

N° de portable : _____

E-mail : _____

Personne à prévenir en cas
d'urgence : _____

N° de téléphone : _____

Je soussigné(e) _____

- déclare m'inscrire ce jour au Poney Club des 5 Arpents pour l'année 2025-2026

- choisis la formule : _____

- ai bien pris note que toute séance non-décommandée la veille avant midi sera due et décomptée de la carte ou du forfait

- accepte l'utilisation de mon image par le poney club dans le cadre de la pratique des activités équestres conformément

- accepte que mes données à caractère personnel soient collectées et traitées par le club conformément aux CGV

- accepte de recevoir des mailings promotionnels de la part du poney club

- déclare souscrire la licence fédérale 2026 et ses modalités d'assurance exposées au verso

- ai pris connaissance et accepte les CGV du poney club affichées dans l'enceinte de l'établissement

- ai pris connaissance et accepte le règlement intérieur du poney club et m'engage à le suivre.

Fait à Cléry Saint André, Le _____

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

QUESTIONNAIRE MEDICAL

• Vaccin tétanos à jour ? oui non

• Allergie alimentaire ? oui non

Si oui, à quoi ? _____

• Autre allergie ? oui non

Si oui, à quoi ? _____

• Asthme ? oui non

Rappelons que les cavaliers asthmatiques doivent toujours avoir avec eux leur traitement (Ventoline...) lorsqu'ils sont au Poney Club. Merci.

• Régime particulier ? oui non

Si oui, lequel ? _____

• Lunettes, lentilles de contact, prothèses
ou dentaires ? oui non

Si oui, lequel ? _____

• Voyez-vous d'autres choses à nous signaler ?

Les cavaliers doivent soit attester avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire médical et / ou fournir un certificat médical de moins d'un an.

ACCEPTATION DES CONDITIONS GENERALES DE LA LICENCE FEDERALE

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 avoir recueilli un avis médical favorable et ne présenter aucune contre indication à la pratique de l'équitation. Je m'engage à respecter les règlements fédéraux, notamment en matière de lutte contre le dopage et d'équité sportive et j'accepte la publication de mes résultats sur le site officiel de la FFE.

La FFE est susceptible d'utiliser mon image prise lors d'activités fédérales à des fins de promotion et d'information, y compris sur son site internet www.ffe.com. Un droit d'opposition à l'utilisation est ouvert à tout licencié l'invoquant en envoyant ses coordonnées et une photo à FFE Club, Parc Equestre, 41 600 Lamotte Beuvron.

En souscrivant la licence, je reconnais avoir lu et accepté la politique de confidentialité de la FFE à l'adresse www.ffe.com/rgpd, concernant le traitement de mes données à caractère personnel. Conformément à cette politique, je peux exercer mes droits relatifs à mes données à caractère personnel par mail à l'adresse rgpd@ffe.com en justifiant de mon identité.

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"