

Le certificat médical et l'autorisation parentale doivent dater de moins d'un mois

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, certifie avoir examiné le cavalier désigné ci-dessous et n'avoir constaté à ce jour aucune contre indication à la pratique des sports équestres en compétition.

Date :

Signature :

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

**CAVALIER**

Cachet du médecin (bien lisible)

NOM :

Licence N°

Club N° 8543002

Licence compétition Club

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES CAVALIERS MINEURS**

Nom du représentant légal :

Prénom :

Qualité :  père

mère

tuteur

Je soussigné, déclare demander la licence compétition pour le cavalier désigné ci-dessus.

Date :

Signature :

*Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données des cavaliers sont collectées par la FFE. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès de FFE CLUB - Parc Equestre - 41600 LAMOTTE.*