

CONTRAT D'INSCRIPTION – 2023/2024

Création renouvellement

ETABLISSEMENT :

Ecuries La Gosnière 49220 Le Lion d'Angers

 <http://lagosniere.fr>

 ecurieslagosniere@gmail.com



CAVALIER(E) :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal, Ville : _____

Téléphone : _____._____._____._____/_____._____._____._____ Mail (lisible svp): _____

Date de naissance : __/__/____

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom _____ Téléphone : _____._____._____._____

Jours et horaires possibles pour le cours : _____

(Merci de mettre dans l'ordre de préférence TOUTES vos possibilités ! y compris les soirs)

Pour les nouveaux inscrits : Niveau du cavalier : _____ N° de licence (si déjà eu) : _____

Réservation d'un casier : Non Oui un petit (49 € l'année)

Oui un grand avec rangement de selle (79 € l'année)

Paieement par : (indiquer le montant et nombre de chèque PRECISEMENT : voir détails sur la feuille des tarifs)

chèque :

ANCV :

espèce :

prélèvement bancaire (4€ de frais demandés pour l'année, fournir un RIB sauf si déjà fourni l'année dernière)

Je soussigné(e), atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente du présent contrat.

- Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'article L. 321-4 du Code du sport, de l'intérêt que présente la souscription d'une assurance individuelle accident couvrant les dommages corporels auxquels je peux être exposé(e) dans le cadre de la pratique de l'équitation.
- J'atteste avoir recueilli un avis médical favorable et ne présenter aucune contre-indication à la pratique de l'équitation.
- J'ai été informé que la souscription d'une licence implique la collecte de mes données personnelles par le club et par la FFE pour l'exécution des services dont je bénéficie.
- En souscrivant une licence, j'ai pris connaissance et j'accepte la politique de confidentialité de la FFE accessible à l'adresse www.ffe.com/rgpd.
- J'accepte d'être recensé(e) dans le fichier informatique du club et bénéficie directement auprès du club d'un droit d'accès, de portabilité et de rectification conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée.
- J'atteste avoir pris connaissance et accepte les conditions du règlement intérieur du centre équestre, annexé au présent contrat.
- J'atteste qu'aucun remboursement du forfait ne sera fait en cas d'arrêt et que je peux récupérer un cours qu'en cas de raison médicale ou voyage scolaire.**
- J'accepte l'utilisation de mon image par le club dans le cadre de la pratique de mes activités équestres.

OU

- Je refuse l'utilisation de mon image par le club dans le cadre de la pratique de mes activités équestres.

A : _____ LE : _____

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) :



AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR

CAVALIER MINEUR	
Nom	Prénom
Date de naissance / /	E-mail@.....
N° licence FFE / / / / /	Club
Adresse	
Code postal Ville	
Tél	Mob. / / / /
	Fixe / / / /
Nom du/des représentant(s) légal (aux) :	
.....	Tel n°1 : / / / /
.....	Tel n°2 : / / / /

Je soussigné(e)(s), titulaire(s) de l'autorité parentale,

- Mère :
- Père :
- Représentant légal :

- Reconnaît avoir rempli consciencieusement la fiche sanitaire de liaison concernant mon enfant, annexée à la présente autorisation de soins ;
- En cas de nécessité pour l'état de santé de mon enfant, autorise par avance le service de secours intervenant sur les lieux de l'activité à laquelle mon enfant mineur participe :
 - à prodiguer tous soins nécessaires en cas d'urgence sur mon enfant ;
 - à hospitaliser, et/ou à pratiquer tout acte chirurgical, médical et anesthésique sur mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions générales d'inscription à l'activité et/ou au(x) séjour(s).

A, le.....

Signatures du / des titulaire(s) de l'autorité parentale précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR - FICHE SANITAIRE DE LIAISON

FICHE SANITAIRE

- Groupe sanguin : Rhésus:

- Vaccination (remplir à partir du carnet de santé, des certificats de vaccination ou joindre la copie des pages de vaccinations du carnet de santé).

Précisez s'il s'agit:

- Diphtérie : date..... date rappel.....
- Tétanos : date..... date rappel.....
- Poliomyélite : date..... date rappel.....
- ou DT Polio : date..... date rappel.....
- ou Tétracoq : date..... date rappel.....
- BCG date 1^{ère} vaccin..... date revaccination.....
- Injection de sérum
- Nature..... date.....
- Nature..... date.....

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole Coqueluche Varicelle Otites
- Angines Rhumatismes Rougeole Oreillons

Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

VOS RECOMMANDATIONS

(Allergie, interdictions, contre-indications médicales, traitement en cours...)

.....

.....

.....

.....

ASSURANCE

N° de licence FFE :

Carte Vacances (valable 1 mois) :

Coordonnées de Generali: 02 31 06 08 09

Autre : (nom de l'assureur et le n° de police d'assurance) :

.....

.....

.....

.....

CLUB / ORGANISME RESPONSABLE

Cachet du Club / Organisme responsable

Nom du Club :

.....

Adresse :

.....

Téléphone du Club / Organisme responsable : / / / /

Nom du référent Club :

.....

Téléphone du référent Club / Organisme responsable : / / / /

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE DE MINEUR

ATTESTATION A REMETTRE AU CLUB AU SEIN DUQUEL JE SOLLICITE MA LICENCE

Dans le cadre de la demande de licence de mon enfant auprès de la Fédération Française d'Equitation, je soussigné(e)..... avoir répondu à l'auto-questionnaire de santé ci-après. *A noter que ce questionnaire est applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence FFE.*

Dans le respect du secret médical, je conserve de manière STRICTEMENT PERSONNELLE, ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence FFE.

En tant que représentant légal de l'enfant, j'atteste :

o **Avoir répondu non à toutes les questions du questionnaire** : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence FFE.

o **Avoir répondu oui à une ou plusieurs questions du questionnaire** : je dois transmettre au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence FFE un certificat médical datant de moins de 6 mois, et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'équitation.

Attestation du ou des représentants légaux :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date :/...../.....

Fait à :

Signatures :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE DE MINEUR

ATTESTATION A CONSERVER PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE UNE PRISE OU UN RENOUVELLEMENT DE LICENCE

FFE

Avertissement à destination des représentants légaux : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>		
Ton âge ans			
DEPUIS L'ANNEE DERNIERE :		OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sante te souvenir ce qui s'était passé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES) :		OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI :	OUI	NON
Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS :	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouverez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois **consulter un médecin** pour qu'il t'examine. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.