



DEMANDE D'ADHESION

Coordonnées de l'adhérent

Prénom	_____	Nom	_____
Profession	_____	Nationalité	_____
Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	_____
Adresse	_____		
Code postal/Ville	_____		
Téléphone	_____	Téléphone 2	_____
E-mail	_____		

Coordonnées du responsable de l'adhérent (si différent de l'adhérent)

Prénom	_____	Nom	_____
Qualité	_____	Nationalité	_____
Adresse	_____		
Code postal/Ville	_____		
Date de naissance	_____		
Téléphone	_____	Téléphone 2	_____
E-mail	_____		

Autorise l'enfant _____ à adhérer à l'école équestre du Scheidstein et à y pratiquer l'équitation.

En cas d'accident, prévenir Mr/Mme _____,
tel : _____

Si une hospitalisation est nécessaire, j'autorise toute intervention que nécessite mon état ou celui de l'enfant _____.

Droit à l'image : J'autorise l'EES à publier mon image ou celle de mon enfant

Oui Non

Date _____ Signature _____