



DEMANDE D'ADHESION

Merci de compléter le formulaire lisiblement.

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 | _____ | | |
| Niveau | _____ | | |

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 _____