

Je déclare accepter / refuser* l'utilisation de mon image ou celle de mon enfant par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

Autorisation de soins pour les mineurs :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) _ _ _ _ _
représentant légal de l'enfant _ _ _ _ _
_____ autorise le Poney Club de La Voile, à prendre toutes
mesures indispensables que nécessiterait l'état de santé de mon enfant et
suivant l'urgence et la gravité de son état à faire transporter
(SAMU/Pompiers) mon enfant à L'Hôpital.

Fait le _ _ _ / _ _ _ / 20_ _

à Cabanac et Villagrains

(Signature de l'adhérent majeur ou du représentant légal pour les mineurs)

Règlement :

Réservation obligatoire pour la prise en compte de l'inscription (50 euros) non remboursé	
Liquide	

Nombre de chèque	Montant	Titulaire du chèque	Banque	N° chèque	Echéance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					