CERTIFICAT MEDICAL

CAVALIER

Licence pratiquant n° |__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom *

Prénom *

Date de naissance * (Format JJMMAAAA)

MEDECIN

Cachet ou

Nom, prénom :

numéro d'inscription à l'o rdre des médecins :

CERTIFICAT MEDICAL

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

date |__|__|__|__|__|__|__|__| Signature :

REPRESENTANT LEGAL POUR LES CAVALIERS MINEURS

Nom, prénom

Qualité : père ☐ mère ☐ tuteur ☐

AUTORISATION PARENTALE

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

date |__|__|__|__|__|__|__|__| Signature :

A retourner à ACSOF – 4260 Route Cézanne - 13100 LE THOLONET

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