

CERTIFICAT MEDICAL

CAVALIER

Licence pratiquant n° | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

(Format JJMMAAAA)

MEDECIN

Cachet ou

Nom, prénom :

numéro d'inscription à l'ordre 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 – 210 Chemin de la Gantèse 13540 Puyricard

Chèque à l'ordre de ACSOF

Le certificat médical et l'autorisation parentale doivent dater de moins de trois mois.