
CERTIFICAT MÉDICAL - VALIDÉ DEPUIS MOINS DE 4 MOIS

Si le certificat médical est en pièce jointe, cochez cette case

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

Date : jj mm aa

Signature :

N° d'inscription à l'ordre des médecins :

Cachet du médecin

Cavalier

Nom, Prénom

N° licence :

Club : 3873006

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES CAVALIERS MINEURS
VALIDÉE DEPUIS MOINS DE 4 MOIS**

Nom du représentant légal :

Prénom :

Qualité : père mère tuteur

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

Date : jj mm aa

Signature :

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données des cavaliers sont collectées par la FFE. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès de FFE CLUB – Parc Équestre – 41600 LAMOTTE