DEMANDE D'ADHÉSION

Merci de compléter le formulaire lisiblement.

Coordonnées de l'adhérent

Prénom _____ Nom _____

Profession _____ Nationalité _____

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 _____ Profession _____

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 dans le cadre de son site web ou ses réseaux sociaux.

☐ Oui ☐ Non

Date _____ Signature _____

École Équestre du Scheidstein – 9 rue du Scheidstein 67400 Illkirch Graffenstaden
tel : 06.66.68.08.17 mail : ecole.equestre.scheidstein@gmail.com
www.ecole-equestre-scheidstein.fr