Equi'PERIGORD

ADHESION 2026 – 2027
NOUVEAU ET RENOUVELLEMENT

CENTRE EQUESTRE – PONEY CLUB – PENSIONS

2300, route des Deux Hameaux 24220 SAINT CYPRIEN
equiperigord.fr Tél : 05 53 29 61 45 & 06 87 15 34 23

Licence : **Cotisation :**

Carte" Forfait Trimestriel" : **Carte de 10h :**

Cavalier : Nom : Prénom :

- Date naissance : ... / ... / ..... Sexe : F ou M

- Adresse : .....

- Code Postal : ..... Ville : ..... ;;;;;;

- Tél : ..... ;;;;;;

- Mail : .....

Antécédents Equestres :

- Licencié précédemment : O Oui O Non
- Si oui, numéro de licence : .....

- Club : ..... ;;;;;;;;;;;;;;

- Niveau : O Débutant O G1 O G2 O G3 O G4 O G5 O G6 O G7

Votre souhait :

- Jour et horaire de reprise souhaités :
  Jour : O Lun O Mar O Mer O Jeu O Vend O Sam
  Horaire : O Matinée O Après-midi

Personne à prévenir en cas d'accident

O Père O Mère O Autre (préciser) :

- Nom : ..... Prénom : .....
  Profession : .....
- Mail : .....
- Tél domicile : ..... Tél Travail : .....
- Tél portable : .....

Deuxième personne éventuellement :
O Père O Mère O Autre (préciser) :

- Nom : ..... Prénom : .....
  Profession : .....
- Mail : .....
- Tél domicile : ..... Tél Travail : .....
- Tél portable : .....

Autorisation de soins

Je déclare que celui-ci est assuré en responsabilité civile.
Je, soussigné ....., agissant en qualité de ..... **autorise** le Centre équestre Equi'PERIGORD à faire pratiquer en cas de nécessité, appeler les pompiers et tous les soins nécessaires par l'hôpital le plus proche.

Autorisation de droit à l'image

La signature de ce formulaire d'inscription autorise le Centre Equestre à utiliser dans le cadre des outils de communication et de promotion du centre équestre (revue, prospectus, site internet, exposition...) des images, de mon enfant ou de moi-même, prises au cours des activités du club.

Règlement intérieur

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui se trouve à l'affichage au bureau d'accueil et je m'engage par ma signature à le respecter. Je valide également la totalité des informations présentes sur les deux pages de ce formulaire d'inscription.

Fait à Saint Cyprien, le ..... / ..... / ..... Signature du cavalier majeur ou du responsable légal

Signature

LICENCE COMPETITION

Uniquement pour les cavaliers souhaitant participer à une compétition dans l'année sportive 2026-2027

AUTORISATION PARENTALE POUR LES CAVALIERS MINEURS

Nom du représentant légal : Prénom :

Qualité : O Père O Mère O Autre (préciser)

Je certifie que mon enfant, ... ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'équitation en compétition et je fournis un certificat médical. (Validité de 3 Mois)

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

Date : Signature :

FEDERATION FRANÇAISE
D'EQUITATION

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE PRATIQUANT DE MINEUR

ATTESTATION A REMETTRE AU CLUB AU SEIN DUQUEL JE SOLLICITE MA LICENCE

Dans le cadre de la demande de licence de mon enfant auprès de la Fédération Française d'Equitation, je soussigné(e)…….. …….avoir répondu à l'auto questionnaire de santé ci-après. *A noter que ce questionnaire est applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence FFE*.

Dans le respect du secret médical, je conserve de manière **STRICTEMENT PERSONNELLE**, ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence FFE.

En tant que représentant légal de l'enfant, j'atteste :

- **Avoir répondu non à toutes les questions du questionnaire** : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence pratiquant FFE.

- **Avoir répondu oui à une ou plusieurs questions du questionnaire** : je dois transmettre au club au sein duquel je sollicite la prise ou le renouvellement de ma licence pratiquant FFE un certificat médical datant de mois de 6 mois, et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'équitation.

Attestation du ou des représentants légaux :

Nom(s) : ……
Prénom(s) : ……..
Date : ……/……/……..
Fait à : ……

Signatures :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE DEMANDE DE LICENCE PRATIQUANT DE MINEUR

ATTESTATION A CONSERVER PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE UNE PRISE OU UN RENOUVELLEMENT DE LICENCE PRATIQUANT FFE

Avertissement à destination des représentants légaux : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐	Ton âge …….. ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sante te souvenir ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	**OUI**	**NON**
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐

Aujourd'hui	**OUI**	**NON**
Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐

Questions à faire remplir par tes parents	**OUI**	**NON**
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouverez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.