

CAVALIER NOM : Prénom : Sexe : Date de naissance : Adresse : CP - Ville :	RESPONSABLE LEGAL / EN CAS D'URGENCE NOM : Prénom : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Email :
ALLERGIES, ANTECEDENTS MEDICAUX	

RESPONSABILITE Le club n'est responsable des cavaliers que pendant la durée correspondant à la reprise et aux temps de soins aux équidés (de 9h à 12h et de 14h à 17h ou de 9h à 17h pour les enfants déjeunant sur place). En dehors de cette durée, le club décline toute responsabilité à l'égard des dommages ou accidents causés ou subis par le cavalier. Le club ne peut être tenu responsable des vols survenant en son enceinte. Le matériel amené et entreposé dans le club est sous la responsabilité de son propriétaire.	ANNULATION ET ABSENCE Aucune absence ne fera l'objet de remboursement, pour une bonne gestion du travail des équidés.
DONNEES PERSONNELLES Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CH du Chesnay à destination du service chargé de l'administration et de la gestion de ses membres. Elles sont conservées pendant 1 an. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous contactant via l'adresse électronique : chp2@orange.fr	INSCRIPTION Les prestations doivent être réglées avant d'être consommées. Le CHC accepte les paiements par chèque, carte de crédit, espèces, chèques vacances ou PASS+.
DROIT A L'IMAGE ☐ J'autorise le CH du Chesnay à prendre en photo et/ou filmer mon enfant ou moi-même dans le cadre d'un stage, d'une animation ou d'un concours et de les diffuser uniquement sur le site du club et groupe facebook du club et les transmettre, pour parution dans le mensuel d'information de la ville du Chesnay.	AUTORISATION SOINS MEDICAUX J'autorise les équipes du CH du Chesnay à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, après consultation d'un praticien, au mineur ci-avant désigné. Je m'engage à rembourser au CH du Chesnay l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés pour mon compte
	INFORMATIONS ☐ J'accepte de recevoir de l'information sur les activités de l'association par mail.

Je soussigné(e) Mme / M certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales d'inscription du CHC. Je certifie exacts tous les renseignements portés sur cette fiche. Date : ____/____/____ Signature du cavalier majeur ou du responsable légal du cavalier mineur précédé de la mention «Lu et approuvé»
--