

FICHE D'INSCRIPTION RENTREE

Nom & prénom du cavalier :

Date de naissance : / / lieu :

Nom & prénom du responsable :

Adresse complète :

Code postal & ville :

Date de naissance : / / lieu :

Téléphone portable responsable : / / / /

Adresse mail :

FORMULE DE L'INSCRIPTION merci de cocher les/la case(s) :

DROIT D'ENTREE :

O 4/7ANS : 100€ O 8/17ANS : 115€ O MAJEURS : 135€

FFE : O MINEURS : 25€ O MAJEURS : 36€

- ⇒ Abonnement Annuel :
O 4/7ANS : 364€ O 8/17ANS : 616€ O MAJEURS : 672 €
- ⇒ Abonnement 1^{er} Trimestre : 10/09/18 au 22/12/18
O 4/7ANS : 142€ O 8/17ANS : 239€ O MAJEURS : 260€
- ⇒ Abonnement 2^{ème} Trimestre : 7/01/19 au 16/02/19
O 4/7ANS : 65€ O 8/17ANS : 110€ O MAJEURS : 120€
- ⇒ Abonnement 3^{ème} Trimestre : 4/03/19 au 30/06/2019
O 4/7ANS : 163€ O 8/17ANS : 275€ O MAJEURS : 300€

TOTAL :

MOYEN DE REGLEMENT :

DECHARGE :

- Niveau estimé :
- J'autorise le centre équestre Ecuries de Boigne à utiliser tous types de clichés photographiques en rapport avec l'activité de l'établissement à des fins de promotions et de diffusion.
- J'accepte de recevoir les documents et toute information concernant l'établissement par mail.
- Et, je soussigné(e) Mme, Mr, autorise les responsables du centre Equestre Ecuries de Boigne, à prendre toutes les mesures nécessaires pour soigner notre enfant ou moi-même, et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

CONDITION D'INSCRIPTION :

L'inscription sera effective dès réception du dossier complet, soit :

- la fiche d'inscription complétée et signée + certif.médical + photocopie C.I.
- le chèque de règlement
- ou 3 chèques différés
- ou 1 chèque du droit d'entrée + FFE et un rib : nous vous enverrons par mail l'autorisation de prélèvements mensuels.(prélèvements du solde sur la durée de la formule d'enseignement)

Remarques importantes :

Aucun remboursement ne sera effectué, tout engagement est à honorer jusqu'à son terme. (sauf en cas de maladie grave ou d'immobilisation égale ou supérieure à 1 mois du cavalier entraînant l'impossibilité de pratiquer (sur présentation d'un certificat médical)

J'ai pris connaissance des modalités de paiements et du règlement intérieur et je les accepte.

**Veillez faire précéder votre signature par la mention « LU ET APPROUVE »
A Chambéry, Date : / /**

« LU ET APPROUVÉ »

Signature :