*Fiche de préinscription AE*

Nom : …………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………….

Né(e) le : ………………………. à : ……………………….. Département : ……………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………...

Code postal : ………………………………………………. Ville : ………………………………………………………………

□□□Téléphone : ………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………@........................................................................

Niveau galop : …………….

PSC1 : Oui □ Non □

Certificat Médical de moins de 3 mois : Oui □ Non □

Le dossier complété et signé est à renvoyer par mail à : **formation.ledeven@gmail.com**

Un email vous sera envoyé pour confirmer votre inscription

Fait à : ……………………………………………… Le : ……………………………………………………….



*Fiche de préinscription BJEPS*

Nom : …………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………….

Né(e) le : ………………………. à : ……………………….. Département : ……………………………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………...

Code postal : ………………………………………………. Ville : ………………………………………………………………

Téléphone : ………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………@........................................................................

Niveau galop : …………….

PSC1 : Oui □ Non □

Certificat Médical de moins de 3 mois : Oui □ Non □

Le dossier complété et signé est à renvoyer par mail à : **formation.ledeven@gmail.com**

Un email vous sera envoyé pour confirmer votre inscription

Fait à : ……………………………………………… Le : ……………………………………………………….

Certificat médical

DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT ET/OU DE L’EQUITATION

Je soussigné, Docteur , certifie avoir reçu et examiné le cavalier \_ , né(e) le \_ / \_ /

n° licence \_

Eu égard à l’examen du cavalier ci-dessus, je déclare n’avoir constaté à ce jour aucune contre- indication à la pratique du sport et/ou de l’équitation.

Pratique en compétition : □ oui □ non

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

Date :

Signature et cachet du médecin :

*LOGO*

**

**