

LANDES



## RESERVATION STAGES

### Enfant ou adolescent

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

Date de naissance .....

Niveau équitation Déb – Galop 1 2 3 4 5 6 7

N° licence .....

### Responsable

Nom .....

Prénom .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant)

.....

.....

Tél .....

Mail .....

Stage d' une durée de.....jours

soit du ..... au .....

Prix du stage .....

Transfert .....

Licence provisoire .....

TOTAL.....

ci-joint, acompte de 20% .....

Signature

Je soussigné(e).....  
responsable légal du mineur .....  
autorise le responsable du Centre Equestre  
à prendre les mesures d'urgence  
(hospitalisation) ainsi que toutes les  
interventions médicales (chirurgie,  
radiologie) jugées utiles et nécessaires en  
cas de maladie grave, d'accident ou  
d'absolue nécessité.

Je m'engage à rembourser le Centre  
Equestre des frais médicaux et  
pharmaceutiques engagés à cette occasion.  
J'autorise mon enfant à participer à toutes  
les activités ou sorties en groupe du Centre  
Equestre (piscine, baignade au lac,  
promenade en voiture, etc...)

Contre indication médicale ou autre:

.....  
.....

Votre enfant sait-il nager ? oui non

Observations particulières .....

.....  
.....

Lu et approuvé, fait à..... le .....

Signature

CENTRE EQUESTRE OUS PINS  
40400 TARTAS  
Site web [www.ouspins.com](http://www.ouspins.com)  
Téléphone 05 58 73 44 65