# Demandes de Licence Compétition

L'envoi du certificat médical doit se faire par courrier à l'adresse suivante :
SIF 14490 Litteau ou cas d'urgence par fax au numéro suivant : 02.31.51.21.15

Nom* . . . . . Prénom* . . . . . .

Numéro de licence* |__|__|__|__|__|__|__|__|

Cocher les niveaux souhaités dans chaque discipline*

| Licence | CSO | CCE | DRE | HUN | ATT | END | WEST | VOLT | TREC | HB | DOMA VAQ. | EQUI. TRAV. | EQUI. CAMA. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Club** | | | | | | | | | | | | | |
| **Amateur** | | | | | | | | | | | | | |
| **Pro** | | | | | | | | | | | | | |

## CERTIFICAT MEDICAL - VALIDÉ DEPUIS MOINS DE 4 MOIS*

Je soussigné, certifie avoir examiné le cavalier désigné ci-contre et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique des sports équestres en compétition.
Nom, prénom du médecin* : . . . . . .

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins* : . . . . . .

Date* : __ / __ / 200__ Cachet obligatoire* :
Signature :

## AUTORISATION PARENTALE - VALIDÉE DEPUIS MOINS DE 4 MOIS*

Représentant légal pour les cavaliers mineurs : père ☐ mère ☐ tuteur ☐

Nom, prénom* : . . . . . .

Je soussigné, déclare demander la licence compétition pour le cavalier désigné ci-contre.
Date* : __ / __ / 200_ Signature* :

Conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données sont collectées par la Fédération Française d'Equitation pour assurer la gestion des licenciés. Les informations assorties d'un * ont un caractère obligatoire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès de FFE Club, Parc Equestre, 41600 Lamotte.
Par ailleurs, vos coordonnées sont susceptibles d'être cédées à des tiers (sociétés, associations, etc) à des fins de marketing commercial. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case ☐