



Je déclare accepter / refuser\* l'utilisation de mon image ou celle de mon enfant par l'établissement dans le cadre de la pratique de ses activités équestres.

**Autorisation de soins pour les mineurs :**

Je soussigné(e), (Nom et Prénom) \_ \_ \_ \_ \_  
représentant légal de l'enfant \_ \_ \_ \_ \_  
\_\_\_\_\_ autorise le Poney Club de La Voile, à prendre toutes  
mesures indispensables que nécessiterait l'état de santé de mon enfant et  
suivant l'urgence et la gravité de son état à faire transporter  
(SAMU/Pompiers) mon enfant à L'Hôpital.

Fait le \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / 20\_ \_  
à Cabanac et Villagrains

*(Signature de l'adhérent majeur ou du représentant légal  
pour les mineurs)*

**Règlement :**

Réservation obligatoire pour la prise en compte de l'inscription (50 euros) non remboursé	
Liquide	

Nombre de chèques	Montant	Titulaire du chèque	Banque	N° chèque	Echéance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					