



Nom/prénom du cavalier : _____

Date de naissance :

Numéro de carte d'assurance maladie :

Allergie ou problème de santé :

Médication :

Expérience du cavalier :

Numéro Cheval Québec :

Si cavalier mineur :

Parent 1 :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Parent 2 :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Pour les cavaliers de camps/journées pédagogiques, si vous désirez que nous émettions un reçu aux fins d'impôts, veuillez indiquer votre NAS (Parent 1):

Si cavalier majeur (indiquez nom/numéro d'urgence dans le cadre « Cavalier mineur »)

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

Signature :

Date :

AUTORISATION Reconnaissance des risques et renonciation :

À titre de participant, parent et/ou détenteur de l'autorité parentale quant à (enfant d'âge mineur)

je reconnais que la pratique des sports équestres et la participation aux activités équestres comportent des risques inhérents de blessures sérieuses et je tiens indemne et libère sans restriction les propriétaires, enseignants et moniteurs de leur responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant.

Le soussigné, en son nom ou celui de son enfant et/ou pupille, reconnaît qu'il est physiquement et émotionnellement capable de participer à ces activités, comprend les risques inhérents aux sports équestres, reconnaît l'importance de suivre les règlements et consignes du centre, des enseignements et de ses moniteurs. De plus, il s'engage à se retirer immédiatement, lui, son enfant et/ou pupille, des activités du centre et en avertir le personnel du centre, si sont observées des conditions, situations ou procédures potentiellement dangereuses ou si la condition physique ou mentale du participant se détériorait.

Nom du participant, parent ou tuteur

Signature

Lieu de la signature

Date de la signature