



FERME ÉQUESTRE LES KORRIGANS

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

NOM	<input type="text"/>		
PRÉNOM	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Niveau Actuel	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom & Prénom du représentant légal	<input type="text"/>		
Profession (du cavalier ou de son /ses représentants)	<input type="text"/>		
Numéro portable	<input type="text"/>	Numéro de domicile	<input type="text"/>
Numéro travail	<input type="text"/>		
Adresse Email	<input type="text"/>		
Problème de santé	<input type="text"/>		
Allergie	<input type="text"/>		
Forfait Choisi	<input type="text"/>	Total à régler	<input type="text"/>
Mode de règlement			Montant
<input type="checkbox"/> Réinscription uniquement : 10 Virements avant le 10 du mois de juillet à avril			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nouveaux inscrits : 8 Virements avant le 10 du mois de septembre à avril			<input type="text"/>
Banque : 15589 56917 01481019044 38 IBAN : FR76 1558 9569 1701 4810 1904 438 BIC : CMBFR2BARK			
<input type="checkbox"/> 1 Chèque de encaissé en juillet septembre			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3 chèques de encaissés en juillet /septembre novembre et mars			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chèques vacances/Coupons sport			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chèque de caution (pour virements /encaissements à partir de septembre et nouveaux inscrits) 50€ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			<input type="text"/>
Je soussigné Mr ou Mme <input type="text"/>	Certifie :		
<input type="checkbox"/> Avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur dans son intégralité.			
<input type="checkbox"/> Avoir accepté d'être photographié ou filmé :			
o En vue d'un affichage au sein du Poney Club			
o Pour faire des affiches publicitaires			
o Pour faire connaître le Poney Club par l'intermédiaire du site internet.			
J'autorise Les responsables des Korrigans à prendre les mesures nécessaires en cas de problème de santé ou d'accident à savoir :			
Transport en ambulance : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Date	<input type="text"/>		
Signature	<input type="text"/>		