

- ☐ Facture n°..... du
- ☐ Avoir n°..... du
- ☐ Bon CAF du



ENFANT

Date d'inscription :

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION SAISON 2026/2027

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ☐ Fille ☐ Garçon

Adresse :

Code Postal : Ville :

☐ Bourg ☐ Malnoue ☐ Agglomération ☐ Hors Commune

Tél Portable : _ _ _ _ _ En cas d'urgence : Tél portable : _ _ _ _ _

Courriel :

(L'adresse électronique est indispensable à la communication des informations transmises par l'Espace Saint-Exupéry ; en cas de refus, j'ai conscience de ne pas être informé(e) dans les délais de certaines informations).

- Pièces à fournir :
- ☐ Tarif de base ☐ - 10 % (avis d'imposition famille monoparentale)
- ☐ Assurance : Nom et n° de police :
- ☐ Date certificat médical d'aptitude pour l'équitation :
- ☐ Totalité du paiement

À l'exception des motifs de déménagement hors de sa commune et des raisons de santé (sur présentation d'un certificat médical), aucun remboursement ne sera accepté. La demande de remboursement doit être effectuée dans le mois suivant l'événement ; au-delà de ce délai, aucun remboursement ne pourra être accordé. Une réduction de 5 % sera appliquée à partir de la deuxième inscription au sein d'un même foyer fiscal.

Attention : un effectif minimal est requis pour l'ouverture des cours collectifs.

AUCUN DOSSIER INCOMPLET NE SERA PRIS EN COMPTE PAR SOUCIS DE LOGISTIQUE, TRESORERIE ET EQUITE.

ACTIVITE	INTERVENANT	JOUR	HEURE	BASE	%	TARIF
☐ Inclus ☐ Voir	Paiement de.....					
TOTAL						

J'atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et je suis informé(e) que je peux, dans le cadre des activités, être photographié(e) et/ou filmé(e). Ces images ne sont utilisées que dans le strict cadre municipal (magazine, vidéo interne, etc...), en dehors de toutes démarches commerciales et politiques.

Signature :

POUR LES ENFANTS MINEURS

Le père :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. : Portable : _ _ _ _ _

Tél. : Professionnel : _ _ _ _ _

La mère :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. : Portable : _ _ _ _ _

Tél. : Professionnel : _ _ _ _ _

L'enfant

☐ est autorisé à partir seul

☐ n'est pas autorisé à partir seul

Noms et liens de la (ou les) personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant :

Nom : Lien :

Nom : Lien :

Nom : Lien :

Nom : Lien :

Je soussigné(e)

certifie que mon enfant

est en capacité à suivre l'activité (les activités) et autorise le personnel de l'Espace Saint Exupéry à faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions en cas de soins, les frais occasionnés par le traitement de l'enfant seront à la charge des familles.

Date :

Signature :