

Certificat Médical de non contre-indication à la pratique équestre en compétition

Je soussigné(e) _____

Docteur en médecine exerçant à _____

Certifie avoir examiné _____, né(e) le ____ / ____ / ____

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant la pratique équestre et apte à la compétition s'il y a lieu.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature et Cachet

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) _____

demeurant _____

déclare demander la validation de la licence sportive de compétition pour l'année 20 _____

à la Fédération Française des Sports Équestres,

pour le cavalier _____, né(e) le ____ / ____ / ____

dont je suis le représentant légal.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature