

FICHE D'INSCRIPTION

Matinée « Découverte de l'attelage »

VOS COORDONNEES:

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : _____ Prénoms : _____

Date de naissance : ____ / ____ / 19____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Tel : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Télécopie : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Tel mobile : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Nous autorisez-vous à utiliser vos coordonnées personnelles ?

Pour les transmettre aux autres participants	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour vous informer sur l'actualité des formations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour vous informer sur l'actualité des Haras nationaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pour les transmettre à nos partenaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

INSCRIPTION POUR :

1 Matinée « Découverte de l'attelage » - 9h à 11h30 (35 €/pers.)

A la date suivante :

Je soussigné(e), M. Mme⁽¹⁾atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

A, le.....

Signature :

Merci de joindre à votre fiche d'inscription

votre règlement par chèque libellé à l'IFCE

pour les mineurs : autorisation de traitement médical et/ou d'intervention chirurgicale

Dossier à retourner à:

Responsable formations
Haras national de Besançon
52, rue de Dole
BP 1919
25020 Besançon cedex

03.81.52.50.44

elise.sene@haras-nationaux.ifce.fr

**Autorisation de traitement médical
et/ou d'intervention chirurgicale**

Je soussigné(e)
(représentant légal)

Adresse :

.....
.....

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Représentant légal de :

Nom et prénom du stagiaire :

Date et lieu de naissance :

Stagiaire au Centre de formation du Haras national de Besançon

Nom et adresse du médecin de famille :

.....
.....
.....

Téléphone :

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation au CHU Saint Jacques de Besançon ou autre.

Je m'engage à régler les honoraires et frais engagés.

Date :

Signature du représentant légal :