

## Demandes de Licence Compétition

L'envoi du certificat médical doit se faire par courrier à l'adresse suivante :  
SIF 14490 Litteau ou cas d'urgence par fax au numéro suivant : 02.31.51.21.15

Nom\* ..... Prénom\* .....

Numéro de licence\* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Cocher les niveaux souhaités dans chaque discipline\*

Licence	CSO	CCE	DRE	HUN	ATT	END	WEST	VOLT	TREC	HB	DOMA VAQ.	EQUI. TRAV.	EQUI. CAMA.	AUTRES
Club	✓	✓	✓	✓					✓					
Amateur														
Pro														

### CERTIFICAT MEDICAL - VALIDÉ DEPUIS MOINS DE 4 MOIS\*

Je soussigné, certifie avoir examiné le cavalier désigné ci-contre et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique des sports équestres en compétition.

Nom, prénom du médecin\* : .....

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins\* : .....

Date\* : \_\_ / \_\_ / 20\_\_ Cachet obligatoire\* :

Signature :

### AUTORISATION PARENTALE - VALIDÉE DEPUIS MOINS DE 4 MOIS\*

Représentant légal pour les cavaliers mineurs : père  mère  tuteur

Nom, prénom\* : .....

Je soussigné, déclare demander la licence compétition pour le cavalier désigné ci-contre.

Date\* : \_\_ / \_\_ / 20\_\_ Signature\* :