

PONEY CLUB LARZAC ET VALLEES
INSCRIPTION 202

NOM : _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____ M F

Nationalité: _____

Adresse: _____

Commune: _____

Code Postal: _____

Nom et prénoms responsable (es) : _____

Lien de parenté : _____

Tél dom : _____

Tél autre : _____

Email : _____

Allergie connue :

Pathologie connue :

Demande de licence fédérale pratiquant
compétition*

* fournir un certificat médical de moins de 4mois
(formulaire fédéral)