



# Comité Régional d'Équitation De Bretagne



## Stage Régional Pony-Games pour les cavaliers

Les lundi 14 et mardi 15 avril 2025 au Lycée la Touche à Ploërmel (56)

Intervenant : Christophe Guillou

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :  
.....

CP : ..... Ville : .....

Portable Parents : .....

E-Mail : .....

N° de licence 2025 avec la lettre : .....

Club : .....

Programme : travail spécifique du cheval/techniques de jeux Pony Games/règlement/une rencontre.

Niveaux : ouvert à tout cavalier maîtrisant les 3 allures (minimum G2 ou équivalent)

Coût du stage : 52 € par cavalier et 42 € pour l'encadrant.

Chèque à l'ordre du CREB. Si virement : Mettre dans l'objet du virement la date du stage et PG.

IBANFR76 1600 6211 1122 1033 0871 060 - BIC AGRIFRPP860

Ce prix comprend : 1 hébergement (couchage oreiller, drap couverture, linge de toilette non fournis), 1 petit déjeuner, 1 déjeuner et 1 diner. Prévoir pique-nique du 1<sup>er</sup> jour, hébergement du poney en pré. (Prévoir alimentation du poney)

Horaires 9 h 30 - 17h 00

Encadrement 1 personne adulte par club en dehors des horaires du stage.

**À retourner au CREB avant le jeudi 1<sup>er</sup> avril 25**



# Comité Régional d'Équitation De Bretagne



## FICHE SANITAIRE

Nom.....Prénom.....

### RESPONSABLE LEGAL

Nom.....Prénom.....

Téléphone.....

Personne à contacter en cas d'absence .....

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant .....

### FICHE SANITAIRE

Groupe sanguin ..... rhésus

Vaccinations            date

BCG                      .....

Polio                     .....

Tétanos                 .....

Autres                   .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (*Barrer en cas de réponse négative*) rubéole, varicelle, angines, rhumatismes, scarlatine, coqueluche, otites, asthme, rougeole, oreillons.

L'enfant présente-t-il des allergies, contre-indications médicales, interdictions :

.....

Merci de préciser le traitement en cours si malade :

.....

Je soussigné, responsable de l'enfant ..... autorise à participer à toutes les activités prévues par le CRE de Bretagne.

J'autorise le responsable du CRE de Bretagne à prendre toutes mesures médicales ou chirurgicales reconnues nécessaires.

Date

signature