



## Stage Régional Pony-Games pour les cavaliers

**Les lundi 20 & mardi 21 avril 2026**


**Au Lycée la Touche à Ploërmel (56)**

**Intervenant : Christophe Guillou**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Portable Parents :  \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

E-Mail : .....

N° de licence 2026 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 : 53 € par cavalier et 43 € pour l'encadrant.**

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

Attendre la validation de votre inscription pour faire le virement.

**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 26**

**FICHE SANITAIRE**

Nom : ..... Prénom : .....

**RESPONSABLE LEGAL**

Nom.....Prénom.....



\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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  
activités prévues par le CRE de Bretagne.

autorise à participer à toutes les

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

Date

signature