

A retourner dûment complété, au Comité Régional d'Équitation
Centre Val de Loire / Parc Equestre Fédéral / 41600 LAMOTTE-BEUVRON



FORMATION

Intitulé de la
Formation :

Intervenant :

Dates :

STAGIAIRE

Nom du stagiaire : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° Licence FFE :

Qualité : BEES 1° BEES 2° BPJEPS Autres.....

Date de naissance : Le | | / | | / | |

Lieu de naissance (*précisez commune et département*) :

Adresse :

CP.....Ville :

Téléphone : FIXE.....PORT.....

Email :

-Nous vous informons que votre présence est obligatoire pendant toute la durée de la formation.

-En cas d'absence nous rappelons que seul un arrêt de travail fourni sous 48h sera considéré comme un motif d'absence justifié. (Un certificat médical n'est pas un arrêt de travail)

Signature et cachet de l'entreprise :

*Pour être valide toutes les mentions doivent être remplies.