



**ASSOCIATION HIPPIQUE et d'ENCOURAGEMENT  
à l'ELEVAGE en POLYNÉSIE FRANÇAISE**

**Demande de licence de « Jockey-Driver »**

**Année sportive 2018**

*Pour souscrire une licence Jockey, il faut être âgé au minimum de douze (12) ans révolus, au jour de la demande.  
Pour souscrire une licence Driver, il faut être âgé au minimum de seize (16) ans révolus, au jour de la demande.  
Pour souscrire une licence Driver Poney, il faut être âgé au minimum de cinq (5) ans révolus, au jour de la demande.*

**(si non licencié en 2017 => joindre 1 copie d'une pièce d'identité)**

Je, soussigné(e) : Nom : .....	Prénom : .....
Sexe (1) : Féminin / Masculin - Rhésus sanguin : .....	C.P.S. n° DN : .....
Date de naissance : .....	Lieu : .....
Profession : .....	Employeur : .....
Adresse personnelle : .....	Ville : .....
Boîte postale : .....	Code postal : .....
Email : .....	Vini : .....
Tél. (Dom) : .....	(Bur) : .....

**Je désire m'inscrire au sein de l'Association Hippique et d'Encouragement à l'Élevage en Polynésie Française en qualité de Jockey et/ou Driver (1).**

**Je m'engage à respecter le règlement intérieur, le règlement et les codes des courses de l'A.H.E.E. P-F.**

Je donne par la présente à l'Association Hippique et d'Encouragement à l'Élevage en Polynésie Française un **DROIT A L'IMAGE**, permettant de promouvoir le travail et les activités de l'Association.

Je déclare être muni d'un casque de protection et d'un gilet de protection conformes aux normes européennes en bon état d'entretien, que je m'engage à porter à l'exclusion de tout autre modèle à l'occasion de chacune des courses publiques dans lesquelles je suis appelé à monter ou driver.

Je m'engage, en outre, à présenter à toute demande un certificat de non contre indication à la monte en course, et à me soumettre à tout contrôle médical, à tout prélèvement biologique et à tout contrôle du taux d'alcool dans l'air expiré qui sera demandé par les commissaires des courses ou membres du Bureau Exécutif de l'A.H.E.E. P-F.

Afin de pouvoir **MONTER EN COURSES**, j'atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance me couvrant **individuellement et couvrant ma responsabilité civile pour tout risque d'accident survenant à l'entraînement ou en course**, auprès de l'Agence GENERALI LAVAL - BIGEON PHILIPPE 123 Rue de Paris BP 2147 53021 LAVAL CEDEX 9 / ou par internet auprès de Mme Mirela SARAJLIC [lavalcentre@agence.generalif.fr], ou similaire.

**La souscription d'une licence de Jockey ou de Driver est obligatoire, préalablement à toutes activités à cheval dans l'enceinte de l'hippodrome (pistes, aire de repos, carrières, centre de formation, etc...).**

*Afin d'être autorisé à courir en course, il est obligatoire d'effectuer une Trial au préalable, pour valider votre aptitude.*

**Tout changement d'adresse ou de Statut CPS  
devra être signalé dans les 48 heures au secrétariat de l'A.H.E.E. P.F.  
L'A.H.E.E. P.F. ne pourra être tenue responsable en cas d'accident dans une période où le jockey/driver ne  
serait pas couvert par la C.P.S.**

**Ci-joint le paiement de ma licence, d'un montant de 3.000XPF, ou ci-joint copie de l'ordre de virement effectué sur le compte Banque de Polynésie de l'Association Hippique et d'Encouragement à l'Élevage de Polynésie Française (A.H.E.E. P.F.) n° 12 149 / 06743 / 19454002019 / 69**

Date : ..... Signature du postulant :

(1) Rayer la mention inutile

# AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e) : .....

Père, Mère, Tuteur(trice)<sup>(1)</sup> du mineur : .....

l'autorise à pratiquer les courses hippiques à l'entraînement et/ou en compétition au sein de l'association hippique et d'encouragement à l'élevage en Polynésie Française.

Fait à ....., le.....

*Signature du parent*

(1) Rayer la mention inutile

---

## CERTIFICAT MEDICAL annuel

Préalable à la pratique des courses hippiques et activités hippiques

**(Obligatoire pour tout Jockey et/ou Driver, quel que soit son âge)**

Je, soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné .....

et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant **la pratique des courses hippiques en compétition et aux activités hippiques.**

Fait à ....., le .....

*Signature et Cachet du Médecin,*

Faire remplir ce formulaire par votre médecin ou joindre à ce document un Certificat Médical de « NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DES COURSES HIPPIQUES EN COMPETITION ET AUX ACTIVITES HIPPIQUES » datant de moins de 3 mois à la date d'inscription.

---

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

En cas d'accident, l'association s'efforcera de prévenir une personne de votre choix :

NOM : ..... PRENOM : .....

N° Téléphone      DOMICILE : .....

N° Téléphone      TRAVAIL : ..... GSM : .....

NOM : ..... PRENOM : .....

N° Téléphone      DOMICILE : .....

N° Téléphone      TRAVAIL : ..... GSM : .....

En cas d'urgence, une personne accidentée sera orientée et transportée par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

---

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

NOM, adresse et N° Téléphone du Médecin traitant : .....

TRAITEMENT ACTUEL : .....

ALLERGIES : .....

---

**DOCUMENT CONFIDENTIEL : ces informations ne seront transmises qu'au responsable des Postes de secours en place lors des courses, en cas d'accident**

Date : .....

Signature du Postulant ou de son tuteur pour les mineurs  
Nom & Prénom