

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION - ACCOMPAGNATEUR DE TOURISME ÉQUESTRE

Je soussigné(e), Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable, contre-indiquant la pratique, l'encadrement de l'équitation et la pratique de l'équitation en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Le : À :

Signature et cachet du médecin :

DROIT À L'IMAGE AUTORISATION DE DIFFUSION

Formation Accompagnateur de Tourisme Équestre 2025-2026

Je, soussigné(e) : Nom :

Prénom :

Accepte d'être photographié(e) et filmé(e) lors des temps de formation en UFA (Unité de Formation par Apprentissage), et autorise le CFA CRE ARA à reproduire et à diffuser, directement ou par l'intermédiaire de tiers, à titre non exclusif et pour le monde entier, les photographies et vidéos me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, sous toute forme et sur tous supports

Le droit d'exploiter les photographies et vidéos me représentant comprend notamment :

- Documents de communication physiques ou numériques (brochures, catalogue formation, affiches, kakémonos, site Internet, bannières...)
- Articles et annonces parus dans la presse,
- Internet et réseaux sociaux du CFA CRE ARA et de l'UFA.

Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice. Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon image ou de mon nom. Cette autorisation de l'utilisation de mon image à une validité de 5 ans à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

N'accepte pas d'être photographié(e) et filmé(e) lors des temps de formation

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » - Bon pour accord :

Par l'apprenti(e) ou son représentant légal si mineur(e)

FICHE D'URGENCE 2025 - 2026

L'apprenti :

Nom :		Prénom :	
Né le :		Diplome préparé :	Accompagnateur de Tourisme Équestre
Adresse :			
CP :		Ville :	
Téléphone Portable :			

Le médecin traitant :

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
CP :		Ville :	
		Téléphone :	

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :

Nom :		Prénom :		Lien avec l'apprenti (père, mère, conjoint ... :	
Tél Domicile :		Tél Portable :		Tel Pro :	

INFORMATIONS ÉVENTUELLES A TRANSMETTRE AUX URGENCES :

Groupe sanguin :		Observations importantes :	
------------------	--	----------------------------	--

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à informer l'UFA de toute modification de ces dernières au cours du contrat.

Date :		Signature de l'apprenti ou représentant légal pour les mineurs :	
--------	--	--	--

ATTESTATION D'ENGAGEMENT À RECRUTER EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE

CANDIDAT(E) RETENU(E) (NOM, Prénom) :

Intitulé du diplôme ou titre visé : **Accompagnateur de Tourisme Équestre**

Année de formation : **2025-2026**

COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE (lieu d'exécution du contrat)

Raison sociale / Dénomination :

Adresse :

CP :

Ville :

Identifiant SIRET :

NAF/APE :

Convention Collective, IDCC :

7026 CC Personnels des activités hippiques

Autre numéro :

Label Centre de Tourisme Équestre (Obligatoire pour accueillir un apprenti) :

Oui

Non

Demande en cours (pour obtenir dérogation 1ère année)

Code adhérent FFE Club :

Effectif Équivalent Temps Plein (hors stagiaires et apprentis) :

OPCO :

OCAPIAT

Autre préciser :

Caisse de retraite :

AGIRC ARCCO

Autre préciser :

CONTACT DE L'EMPLOYEUR (signataire du contrat et de la convention)

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

J'atteste avoir pris connaissance qu'un maître d'apprentissage :

Peut seulement suivre 2 apprentis et 1 redoublant ou 3 apprenants simultanément (qu'ils soient apprentis, salariés en contrat de pro ou stagiaires)

Être titulaire, depuis au moins 3 ans, d'un diplôme d'enseignement de niveau 4 ou supérieur et justifier d'une expérience professionnelle dans le champ du tourisme équestre

CONTACT MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 1

Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Mail (qui servira pour le suivi du livret d'apprentissage numérique) :				Téléphone :	
Poste occupé :			Diplôme le plus élevé obtenu :		
Numéro de licence FFE :		Numéro carte pro :		Date de validité :	

CONTACT MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 2 (facultatif)

Nom :		Prénom :		Date de naissance :	
Mail :				Téléphone :	
Poste occupé :			Diplôme le plus élevé obtenu :		
Numéro de licence FFE :		Numéro carte pro :		Date de validité :	

INFORMATIONS CONTRAT



Aide de l'état sur les 12 1ers mois du contrat

Date de début du contrat (au plus tôt 3 mois avant le début de la formation) :		Date de fin du contrat (au plus tard 2 mois après examen) :	
Apprentissage familial : l'employeur est un ascendant de l'apprenti (parents) :	Oui	Non	
Adresse mail pour envoi du contrat et de la convention (si différente de celle de l'employeur) :			

Activité 1 : Participer au fonctionnement de la structure de tourisme équestre :

Contribuer à l'accueil, à l'animation et à la promotion pour optimiser la satisfaction des clients et le fonctionnement de la structure de tourisme équestre.	Oui	Non
Participer à l'organisation et à la gestion pour garantir la satisfaction des clients et un fonctionnement optimal de la structure de tourisme équestre.	Oui	Non
Assurer l'entretien des installations et du matériel de la structure de tourisme équestre dans le respect de la réglementation et de la sécurité.	Oui	Non

Activité 2 : Encadrer les activités de tourisme équestre en sécurité et dans le respect de la déontologie et du bien-être animal

Concevoir un itinéraire pour proposer une sortie équestre adaptée aux publics encadrés et garantissant leur sécurité et le bien-être équin.	Oui	Non
Conduire en sécurité une sortie équestre pour optimiser l'agrément des participants en garantissant leur sécurité et le bien-être équin.	Oui	Non
Evaluer une sortie équestre en vue d'améliorer sa pratique professionnelle et la satisfaction des pratiquants en repérant les améliorations potentielles en matière de sécurité et de bien-être équin.	Oui	Non

Activité 3 : Assurer l'éducation et la gestion de la cavalerie de tourisme équestre dans le respect de son bien être

Réaliser les soins des équidés afin de garantir leur santé et leur intégrité physique et morale en mettant en œuvre les mesures sanitaires adaptées.	Oui	Non
Assurer le suivi de la cavalerie de tourisme équestre pour gérer sa charge de travail en prenant en compte les aptitudes et le comportement des équidés.	Oui	Non
Conduire le travail de la cavalerie de tourisme équestre en vue d'une utilisation optimale par les pratiquants en préservant son intégrité physique et morale.	Oui	Non

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR :

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet de l'entreprise :

VEILLEZ À BIEN ENREGISTRER LE DOCUMENT PUIS NOUS LE RENVoyer PAR MAIL : cfa.ara@cre.ffe.com

CONTACTS :



- 06 29 96 06 06 (Corinne)
- 06 35 50 32 04 (Cassandra)
- 07 66 38 35 15 (Marylin)



- cfa.ara@cre.ffe.com

CFA CREARA

Maison Régionale des Sports

68 avenue Tony Garnier

69304 Lyon cedex 07

<https://www.centredeformation-creara.com/>

Numéro UAI : 0011460G

Numéro Siret : 833 648 496 0002

NDA : 84010220101