

Direction Opérationnelle des Courses / Service des Licences**Votre interlocutrice :**

Sabrina DESPLANCHES

01 49 10 21 26

sdesplanches@france-galop.com

Liste des pièces à fournir au format pdf ou par courrier. Les envois de photos par email ne sont pas acceptés.
(Tous les documents cochés doivent être fournis)

- Demande de constitution de dossier.
 - Formulaire de demande d'autorisation de monter en courses.
 - Attestation d'aptitude à monter en courses publiques complétée et signée par l'entraîneur pour lequel vous montez à l'exercice.
 - Certificat d'aptitude à la monte en courses délivré pour l'année en cours par un médecin agréé par les Commissaires de France Galop (liste jointe), assorti d'un prélèvement biologique à la recherche de substances prohibées par le Code des Courses au Galop dont le résultat devra être négatif.
 - Un courrier expliquant les raisons de votre demande d'autorisation de monter en courses.
 - Un Curriculum Vitae précisant votre formation (scolarité) et votre expérience professionnelle (entraîneurs pour lesquels vous avez travaillé, performances, victoires principales).
 - Une « *riding clearance* » rédigée par l'autorité hippique ayant délivré votre autorisation de monter en courses, précisant l'année de délivrance ou les dates de validité de votre licence, vos performances, ainsi que votre dossier disciplinaire (amendes, mises à pied).
 - Une photocopie de votre bulletin de salaire le plus récent, ou, dans le cas où vous êtes employé(e) depuis moins d'un mois : attestation de l'entraîneur qui devra préciser, d'une part que vous êtes salarié(e) dans son établissement et d'autre part le nombre d'heures de travail effectuées.
 - Une photocopie recto verso de votre pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité). *Cette photocopie doit être lisible et intégrale (y compris photo, date d'expiration, bande MRZ). Attention, pour les ressortissants de pays hors Europe, deux pièces d'identité sont requises.*
 - Un justificatif de domicile à votre nom **datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier** (facture d'électricité, de gaz ou de téléphone, attestation du bailleur, avis d'imposition, taxe foncière, quittance de loyer ou attestation d'assurance habitation).
- Si vous êtes hébergé : attestation d'hébergement + justificatif de domicile au nom de votre hébergeant **datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier** + photocopie recto verso de la pièce d'identité de votre hébergeant.
- Un relevé d'identité bancaire à votre nom.
 - Une attestation d'assurance couvrant les risques encourus par le jockey et les tiers pour l'année en cours (assurance à souscrire auprès d'une Compagnie d'Assurance ou via l'Association des Jockeys - contact : 01.39.62.98.37).
- Attention : si vous êtes assuré à l'étranger, merci de vérifier que votre assurance couvre la responsabilité civile et le risque individuel accidents en qualité de jockey professionnel et nous fournir une attestation en ce sens.*
- La somme de 199,56 € TTC (correspondant à : 152,40 € pour les frais de constitution de dossier + 34,80 € pour les frais administratifs + 12,36 € pour la cotisation sociétaire annuelle). Dans le cas d'un règlement par virement, vous trouverez le RIB de France Galop ci-joint. Dans le cas d'un règlement par chèque, compléter l'autorisation d'encaissement ci-jointe.
 - Une photo d'identité avec votre nom mentionné au verso (pour l'établissement de la carte d'accès aux hippodromes).

Madame, Mademoiselle, Monsieur ⁽¹⁾

Nom : Nom de jeune fille ⁽²⁾ :

Prénom(s) :

Né(e) le : A :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Email :

Fils, Fille de ⁽¹⁾ : Et de :

Situation de famille ⁽¹⁾	Célibataire	Conjoint(e) :	Nom :
	Union libre		Prénom :
	Marié(e) le :		Né(e) le :
	Nombre d'enfants :		A :
	Veuf(ve)		Nationalité :
	Divorcé(e) le :		

Êtes-vous titulaire d'un agrément au trot ? Si oui, le(s)quel(s) :

Statut fiscal en France : Résident - non-résident ⁽¹⁾

Votre profession :

Nom et adresse de votre employeur :

Nature de l'activité de votre employeur :

Profession de votre conjoint :

Nom et adresse de l'employeur de votre conjoint :

Nature de l'activité de l'employeur de votre conjoint :

J'atteste être en règle en ce qui concerne mon droit de séjour et de travail en France.

Je m'engage à ne pas présenter de compte débiteur durant la détention de mon autorisation de monter en courses en qualité de jockey.

Fait à Le

Signature :

⁽¹⁾ rayer la mention inutile

⁽²⁾ pour les femmes mariées

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés », vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit de rectification pourra être exercé par courrier à l'adresse suivante :

Informations personnelles (obligatoires) :

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Email :
Situation de famille : Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e) – Séparé(e) de famille / Nb d'enfants :
N° de Sécurité Sociale complet : Caisse départementale de M.S.A. dont vous dépendez :
Personne à contacter en cas d'accident : Téléphone :

Situation professionnelle : Je déclare être jockey indépendant être salarié(e) chez un entraîneur être entraîneur être scolarisé(e)
 Employeur Maître d'apprentissage

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

**Joindre une copie du dernier bulletin de salaire, justifiant de l'affiliation au régime des Assurances Sociales Agricoles.
Tout changement d'adresse et/ou d'employeur devra être signalé dans les 48 heures au Service des Licences.**

Je déclare sur l'honneur ne pas être propriétaire, en totalité ou en partie, et n'avoir sous quelque forme que ce soit aucun intérêt dans l'exploitation des chevaux de courses. Je m'engage à n'acquérir aucune part d'intérêt ou de propriété de chevaux de courses pendant la période de validité de mon autorisation de monter en qualité de jockey (un jockey, sauf lorsqu'il est entraîneur, ne peut pas être propriétaire, ni en totalité, ni en partie).

Je déclare me soumettre, sans réserve, aux dispositions du Code des Courses au Galop, ainsi qu'aux dispositions du Code en vigueur dans le pays où je monterai.

Je déclare être muni(e) 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.

Je m'engage, en outre, à présenter sur toute demande : mon certificat de non contre-indication à la monte en course et le titre constatant la validité de mon autorisation de monter en courses, au cours de mes déplacements tant en France qu'à l'étranger, et à me soumettre sur les hippodromes à tout contrôle médical, à tout prélèvement biologique et à tout contrôle du taux d'alcool dans l'air expiré qui serait demandé par les Commissaires des Courses ou par les Commissaires de France Galop.

Je suis informé(e) que les renseignements médicaux me concernant figurent dans mon dossier médical informatisé exclusivement consultable par les médecins agréés. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés », je dispose à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant. Ce droit de rectification pourra être exercé par courrier à l'adresse suivante : FRANCE GALOP - Service des Licences - 15 Boulevard de Douaumont 75017 PARIS.

J'atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance professionnelle me couvrant individuellement et couvrant ma responsabilité civile pour tout risque d'accident survenant à l'entraînement ou en course. Au cas où cette assurance ne répondrait pas aux risques ci-dessus ou ne pourrait pas être mise en jeu, je reconnais en assumer l'entière responsabilité.

En outre, j'ai connaissance de l'interdiction qui m'est faite à l'occasion d'une course publique d'engager directement ou par personne interposée des mises sur des paris reposant sur cette épreuve.

Je m'engage à ne pas présenter de compte débiteur durant la détention de mon autorisation de monter en courses en qualité de jockey.

Les frais administratifs, soit 34,80 € TTC (sous réserve de modification tarifaire), sont réglés par le débit de mon compte France Galop.

Je choisis l'assurance fournie par l'Association des Jockeys :

Le montant de la cotisation d'assurance fournie par l'Association des Jockeys est réglé par chèque ou par virement.

J'ai une assurance personnelle :

Je joins à ma demande une attestation d'assurance professionnelle en responsabilité civile contre tout risque d'accident à l'entraînement ou en courses publiques, et une garantie individuelle accidents pour la monte en courses.

Fait à Le

SIGNATURE :

ATTESTATION D'APTITUDE A MONTER EN COURSES PUBLIQUES

Je soussigné :

Entraîneur public / entraîneur particulier / permis d'entraîner, installé à

Titulaire de l'autorisation d'entraîner depuis le

Certifie que :

Nom :

Prénoms :

Né (e) le : Domicilié(e) :

Monte régulièrement à l'entraînement dans mon établissement depuis le :

A pu acquérir une expérience suffisante dans mon établissement pour pouvoir monter en courses,

Et est techniquement apte à monter en courses publiques plates et obstacles.

OBSERVATIONS EVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le à

SIGNATURE :

AUTORISATION D'ENCAISSEMENT

À compléter par l'émetteur du chèque

Je soussigné(e) atteste que le chèque numéro
d'un montant de 199,56 EUR. de la banque
joint au dossier de M/Mme/Mlle est destiné à être encaissé
sur son compte ouvert auprès de France Galop afin de régler les frais de constitution de dossier dans le cadre de sa
demande d'autorisation de monter en courses en qualité de jeune jockey / jockey.

Fait à : Le :

SIGNATURE :

**Pour les transferts provenant de l'étranger :
(hors France)
Les clients doivent transférer un montant tenant compte des frais bancaires
pratiqués par l'organisme émetteur.**

Nos références bancaires

BANQUE : **SOCIETE GENERALE**
PARIS RIVE GAUCHE ENTREPRISES
Tour Montparnasse 25ème étage
33, avenue du Maine
75755 PARIS CEDEX 15

Code Banque: 30003 **Code Guichet :** 03764
N° Compte 000 501 000 16 **Clé RIB :** 37
Titulaire « FRANCE GALOP »
IBAN FR76 30003 03764 00050100016 37
SWIFT CODE SOGEFRPP

NB: Merci de bien vouloir préciser le numéro de compte à créditer en nos livres.

**LISTE DES MEDECINS AGREES POUR LA VISITE MEDICALE OBLIGATOIRE POUR L'OBTENTION
D'UNE AUTORISATION DE MONTER EN COURSE AU GALOP ET HABILITES A PROCEDER A DES
PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SUR LES PERSONNES TITULAIRES D'UNE AUTORISATION DE MONTER
EN COURSE.**

Titre	NOM	Prénom	Adresse		Code Postal	VILLE	Tél.
Docteur	MERCHIER	Mayeul	Centre Hospitalier de Bourbon l'Archambault	Local Gautrinière	03160	BOURBON L'ARCHAMBAULT	06.50.98.84.93
Docteur	CAPONY	Nicolas	Unité de Médecine du Sport - HOPITAL SAINTE MARGUERITE -	20, avenue Viton	13009	MARSEILLE	04.91.74.50.40
Docteur	MARBLE, LETQUIMOUNIN, LOUVEL.		Unité de Médecine du Sport - HOPITAL SAINTE MARGUERITE -	20, avenue Viton	13009	MARSEILLE	04.65.58.57.56
			Centre provençal de médecine du sport - CPMS		13400	AUBAGNE	& DOCTOLIB
Docteur	DE LA PROVOTE	Bruno	61, rue Gambetta		14800	DEAUVILLE	02.31.88.11.11
Docteur	ROCHER	Stéphane	6 Place Morny		14800	DEAUVILLE	02.31.88.23.57
Docteur	SUANT	Alexandra	3-5 Place des Vieilles Forges		17200	SAINTE SULPICE DE ROYAN	05.46.39.95.55
Docteur	ROCHETTE	Thomas	Centre Médical	14 Place du Vieux Lavoir	19230	ARNAC POMPADOUR	05.46.22.46.50
Docteur	TESTOU	Gilles	CMTS 2A	Boulevard Louis CAMPI	20090	AJACCIO	04.95.25.18.18
Docteur	FRANCKAERT	Benjamin	58, rue de Brest		29450	SIZUN	02.85.29.73.75
Docteur	BERGRASER	Jean	5 Route de Mervilla		31320	CASTANET TOLOSAN	06.74.67.06.94
Docteur	RIBOLLET	Thomas	Centre Hospitalier d'Arcachon	Avenue Jean Hameau	33164	LA TESTE-DE-BUCH	05.57.52.90.00
Docteur	NADO	Sébastien	Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu	46B Av Jean Alfonséa	33270	FLOIRAC	05.57.81.23.51
Docteur	DUROUX	Gérard	2, allée Massenet		33470	GUJAN-MESTRAS	07.50.68.19.93
Docteur	MORVAN	Paul	28, square de la Rance		35000	RENNES	02.99.30.01.66
Docteur	MENETRIER	Sylvain	CH Mont de Marsan - Site Layné	Avenue Pierre de Coubertin	40024	MONT DE MARSAN	05.58.05.11.56
Docteur	MOLDOVAN	Nicolae					
Docteur	DAHAN	Georges	46 Boulevard Jules Verne		44300	NANTES	06.08.25.74.81
Docteur	GALERNE	Nicolas	113, Bd Auguste Peneau		44300	NANTES	02.40.49.27.32
Docteur	BOUDAUD	Eric	45, rue Bourgonnier		49000	ANGERS	02.41.88.89.91
Docteur	DIARA	Camille			49420	OMBREE D'ANJOU	06.09.21.31.34
Docteur	AUBERT	Thibault	31, rue Ampère	ZA de la Petite Lande	50380	SAINTE PAIR SUR MER	06.62.67.38.33
Docteur	CAREL	Guy	59 rue de la Paix		53000	LAVAL	02.43.56.31.56
Docteur	MONNIER	Jean-Michel	5 Route de Nantes		53400	CRAON	02.53.94.52.52
Docteur	MATON	Frédéric	Hôpital privé La Louvière	69, rue La Louvière	59042	LILLE Cedex	03.20.15.70.00
Docteur	DELHORBE	Eric	4, rue du Valois		60200	COMPIEGNE	03.44.97.14.88
Docteur	EUSTACHE	Dominique	13, voie de la Grange des Prés		60260	LAMORLAYE	06.70.72.33.46
Docteur	BAUDRILLARD	Pierre	9 Rue Pasteur		60340	SAINTE LEU D'ESSERENT	03.44.56.65.79
Docteur	PAULTRE	Ulysse	60, chemin de l'Eglise		64160	BUROS	05.59.84.89.78
Docteur	GUILHEM - DUCLEON	Stéphan	15 Bis Avenue Amédée Dufourg		64600	ANGLET	05.59.44.84.75
Docteur	HERBIN	Pascal	5 rue des Lobélies		67450	LAMPERTHEIM	06.75.00.08.34
Docteur	ROZAND	Guy	Clinique du Parc	155 ter, Bd Stalingrad	69006	LYON	04.72.44.87.76
Docteur	AMIARD-JULLIEN	Valérie			76700	GAINNEVILLE	06.08.10.32.11
Docteur	FREY	Alain	CH POISSY-ST-GERMAIN Site de Saint-Germain-en-Laye	20 rue Armagis	78100	SAINTE-GERMAIN-EN-LAYE	01.39.27.53.70
Docteur	BENTOUIR	Samir	9 place nationale		78500	SARTROUVILLE	06.95.43.58.21
Docteur	AMIARD-JULLIEN	Valérie	Centre Hospitalier CHI MONTDIDIER-ROYE	Route de Paris	80044	AMIENS Cedex 1	06.08.10.32.11
Docteur	MARCIANO	Sébastien	82, rue BAUDIN		92300	Levallois-Perret	01.88.59.08.88
Docteur	UGOLIN	Frantz	Résidence Le Marais	3 Rue de la Liberté	97126	DESHAIES GUADELOUPE	(590).82.86.72
Docteur	ROY-CAMILLE	Maurice-Yves	34 Boulevard du 25 Juin 1935		97233	SCHOELCHER / MARTINIQUE	05.96.61.45.51
Docteur	LANTHONY	Hervé	Centre Hospitalier du Nord	Hôpital Paula Thavoavianon	98850	KOUMAC Nouvelle-Calédonie	00687.78.52.05

Documents required to open and certify your professional account with France Galop

1. An valid identity document

Make sure that your copy is legible, not truncated, well framed and do not forget to scan the back of the document (identity card) or the page on which your signature appears (passport).

If you come from a non european country, a copy of **2 identity documents** is required.



Legible identity card

Black and white

Front and back on the same PDF document



Legible passport

Incomplete passport

Truncated identity card

Illegible identity card

2. A proof of address

If you are a tenant or an owner, you must send one of the following documents, which must be drawn up in your name and mention your home address, translated in english for non english speaking countries :

- consumption bill (water, gas, electricity or telephone) less than 3 months old,
- tax notice, property tax, rent receipt, the most recent,
- home insurance.



Orange & Rockland
Pike County Light & Power Co.
Rockland Electric Company

390 West Route 59
Spring Valley NY 10977-5300
1-877-434-4100 www.oru.com

Page 1 of 4



Your next Meter
Reading will be:
Mar 05



If you have questions
about this bill, call
toll-free 1-877-434-4100
or go to www.oru.com

ELECTRIC RESIDENTIAL - DELIVERY
Meter Number: 123456789

Feb 4 reading (Actual)	90348
Jan 3 reading (Actual)	<u>-89873</u>
Total Usage KWH 32 Days	469

Delivery Charges

Basic Service Charge		\$18.00
First	250 KWH @ 5.783¢ each	14.46
Next	219 KWH @ 5.783¢ each	12.66
Energy Cst Adj	469 KWH @ -0.02200¢	-10
SBCRPS Chg	469 KWH @ 0.64100¢	3.01
RDM Adjustment	469 KWH @ -0.11800¢	-55
Transition Adj Chg	469 KWH @ 0.01100¢	.05
NY Assessment	469 KWH @ 0.36700¢	1.72
Government surcharges - Delivery		1.63
Total Delivery Charges		\$90.88
Total Supplier Charge		\$2.95
CURRENT ELECTRIC CHARGES		\$103.83

GAS FIRM TRANS RES SPACE HEATING-DELIVERY
Meter Number: 308025387

Feb 4 reading (Actual)	2246
Jan 3 reading (Actual)	<u>-2117</u>
Total Usage CCF 32 Days	129

Delivery Charges

Basic Service Charge		\$18.63
First	3 CCF @ 0.000¢ each	.00
Next	47 CCF @ 44.065¢ each	20.71
Next	79 CCF @ 42.411¢ each	33.50
Adjustment charge	@ 15.90459¢	14.07
NY Assessment	129 CCF @ 3.60500¢	4.65
RDM Adjustment	129 CCF @ 1.70900¢	2.20
SBC Charge	129 CCF @ 0.71500¢	.92
Government surcharges - Delivery		3.13
Total Delivery Charges		\$97.81
Merchant Function Chg	129 CCF @ 0.00000¢	.00
Government surcharges - Delivery		.00
Merchant Function Charges		\$3.00
Total Supplier Charge		\$0.61

BILLING DATE 02/08/13

BILLING SUMMARY

ACCOUNT NUMBER

Last Bill	\$406.50
Payments:	
01/11/13	-132.00
Adjustments	
1.5% Late Payment	4.12
Service Charges	
Budget	195.00
TOTAL AMOUNT DUE	\$473.62

Avg. Temp This Period 31 °F
Same Period Last Year 34 °F

ELECTRIC USAGE - MONTHLY



GAS USAGE - MONTHLY



■ ACTUAL □ ESTIMATED ■ AVG. CUST PROFILE



Orange & Rockland
11600-65164

TOTAL AMOUNT DUE \$473.62

Amount enclosed:

'X' to enroll in ABP

PO Box 1005
Spring Valley NY 10977

0009 1160065164 0000027450 00000047362

NEIGHBOR FUND: Add \$1 and O&R Will Match 0026797

This bill is due on receipt. Detach and mail this portion with payment.



If you are hosted by a relative or a friend, you must send the following three documents :

- **Accommodation certificate translated in english** for non english speaking countries, dated and signed by the person hosting you, certifying that you are living with them permanently and mentioning the address at which you are staying,
- **Proof of address** in the name of the person who is hosting you, mentioning their home address and dated less than 3 months, **translated in english** for non english speaking countries,
- **Copy of both sides** of the identity document of the person hosting you.

The three documents must be combined in a single PDF

ACCOMMODATION CERTIFICATE

I, undersigned,

Name : Surname :

Date of birth : Place of birth :

Hereby certify on my honor to host, free of charge :

Name : Surname :

Date of birth : Place of birth :

At my home (full address) :

.....

.....

.....

Done at : on :

Signature




390 West Route 59
Spring Valley, NY 10977-5300 Page 1 of 4
1-877-434-4100 www.oci.com

If you have questions about this bill, call toll-free 1-877-434-4100 or go to www.oci.com

BILLING DATE 02/05/13

ACCOUNT NUMBER

LAST BILL \$408.00

Payments (03/11/13) -132.00

Adjustments 1.5% Late Payment 4.12

Service Charges Budget 195.00

TOTAL AMOUNT DUE \$473.62

Avg. Temp. This Period 31°F
Same Period Last Year 28°F

ELECTRIC USAGE - MONTHLY

Month	Usage
F	140
M	150
A	160
M	170
J	180
J	190
A	200
S	210
O	220
N	230
D	240
J	250
F	260

GAS USAGE - MONTHLY

Month	Usage
F	10
M	15
A	20
M	25
J	30
J	35
A	40
S	45
O	50
N	55
D	60
J	65
F	70

■ ACTUAL □ ESTIMATED ■ AVG. CUST. PROFILE

TOTAL AMOUNT DUE \$473.62

Amount enclosed:

*I to enroll in ABP

PO Box 1005
Spring Valley NY 10977

3. A bank statement

It must mention the **name of the account holder**, the full **IBAN** and the **BIC/SWIFT** code.
The document must be **issued by the bank**. The **name of the bank** must therefore be visible.

The document must be **translated in english** for non english speaking countries



Current Account Statement

Account Name SMITH CHRISTOPHER THOMAS

Account number 00990275

Sort Code 40-06-15

502 2// 3 4562 004562 00684 00506 200015

Your Statement

Contact Tel +44 80000000

See reverse for call time

Text phone +4470 0592 1249

Used by deaf or speech impaired customers

www.hsbc.co.uk

Opening Balance	€ 3,000,000,000.00
-----------------	--------------------

Payments In	€ 1,995,000,000.00
-------------	--------------------

Payments Out	€ 1,895,000,000.00
--------------	--------------------

Closing Balance	€ 3,100,000,000.00
-----------------	--------------------

Account Type	CURRENT/EUROPEAN CURRENCY
--------------	---------------------------

07th February 2014

SMITH CHRISTOPHER THOMAS

43 Great Sutton Street, London EC1V 2DB,
United Kingdom

International Bank Account Number

IDLGB225278/00990274

HSBCGB2LXXX