INSCRIPTION INDIVIDUEL **REGIONAL de l'HOPITAL du 13 au 19/11/2023**

NOM ET PRENOM DE L'ELEVEUR : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL ET COMMUNE : _____

TELEPHONE : _____ PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

REGION : _____ CLUB : _____

SOUCHE UOF : _____ AUTRE(S) NUMEROS DE SOUCHE : _____

	SECTION	CLASSE	SOUCHE	ANNEE	BAGUE	SEXE	PRIX	DENOMINATION
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

RECAPITULATIF DES FRAIS DE PARTICIPATION :

Nombre d'oiseaux en individuel : _____ x € = __2,50__ €

Palmarès obligatoire €

TOTAL : _____ €

Date et Signature :

Note - Message de l'éleveur :

*Cocher la case ci-après **si vous ne souhaitez pas** que vos coordonnées figurent sur le palmarès ; seuls seront mentionnés vos Nom,*

INSCRIPTION STAM **REGIONAL de l'HOPITAL du 13 au 19/11/2023**

NOM ET PRENOM DE L'ELEVEUR : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL ET COMMUNE : _____

TELEPHONE : _____ PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

REGION : _____ CLUB : _____

SOUCHE UOF : _____ AUTRE(S) NUMEROS DE SOUCHE : _____

	SECTION	CLASSE	SOUCHE	ANNEE	BAGUE	SEXE	PRIX	DENOMINATION
1								
2								
3								
4								
5								

RECAPITULATIF DES FRAIS DE PARTICIPATION :

Nombre d'oiseaux en stam : _____ x **€** = __10,00_ **€**

Palmarès obligatoire **€**

TOTAL : _____ **€**

Date et Signature :

Note - Message de l'éleveur :

*Cocher la case ci-après **si vous ne souhaitez pas** que vos coordonnées figurent sur le palmarès ; seuls seront mentionnés vos Nom, Prénom et Région*

☐

INSCRIPTION DUO **REGIONAL de l'HOPITAL du 13 au 19/11/2023**

NOM ET PRENOM DE L'ELEVEUR : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL ET COMMUNE : _____

TELEPHONE : _____ PORTABLE : _____

ADRESSE MAIL : _____

REGION : _____ CLUB : _____

SOUCHE UOF : _____ AUTRE(S) NUMEROS DE SOUCHE : _____

	SECTION	CLASSE	SOUCHE	ANNEE	BAGUE	SEXE	PRIX	DENOMINATION
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

RECAPITULATIF DES FRAIS DE PARTICIPATION :

Nombre d'oiseaux en série : _____ x € = __5,00__ €

Palmarès obligatoire €

TOTAL : _____ €

Date et Signature :

Note - Message de l'éleveur :

*Cocher la case ci-après **si vous ne souhaitez pas** que vos coordonnées figurent sur le palmarès ; seuls seront mentionnés vos Nom, Prénom et Région*

☐

DECLARATION SUR L'HONNEUR
POUR LA PARTICIPATION AU REGIONAL de L'HOPITAL du 15 au 19/11/2023

La présente Déclaration devra accompagner vos oiseaux au moment de l'enlogement

Je soussigné,

NOM ET PRENOM DE L'ELEVEUR : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL ET COMMUNE : _____

REGION : _____ CLUB : _____ SOUCHE UOF : _____

AUTRE(S) NUMEROS DE SOUCHE : _____

déclare sur l'honneur

☐ que les oiseaux que je présente sont en bonne santé

☐ que les oiseaux que je présente à cette manifestation sont issus de mon élevage

☐ ne pas avoir participé à des manifestations à caractère international dans les 30 jours précédant la manifestation (*Une manifestation est considérée comme internationale dès la présence d'un oiseau étranger – dans ce cas, il est impératif de fournir un certificat sanitaire datant de 5 jours au plus, garantissant l'état sanitaire de l'élevage dans les 30 jours suivant la participation à la manifestation internationale*.)

☐ avoir participé dans les 30 derniers jours aux manifestations suivantes :

Date	Lieu	Club organisateur	Expo internationale (O/N)

☐ N'avoir pas remarqué, au sein de mon élevage, au cours des 30 derniers jours, des cas de mortalité ou de morbidité anormale,

Certifié exact le _____

Signature de l'éleveur exposant :