

**DEMANDE D'AUTORISATION DE MONTER EN COURSES EN QUALITE DE JOCKEY**

**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), sous réserve de validation de votre demande d'agrément par MM. les Commissaires.

*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 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).

## DEMANDE DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER DE JOCKEY

Madame, Mademoiselle, Monsieur <sup>(1)</sup>

Nom : ..... Nom de jeune fille <sup>(2)</sup> : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... A : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Fils, Fille de <sup>(1)</sup> : ..... Et de : .....

Situation de famille <sup>(1)</sup>	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 <sup>(1)</sup>

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 :

<sup>(1)</sup> rayer la mention inutile

<sup>(2)</sup> 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 : FRANCE GALOP - Service des Licences – 15 Boulevard de Douaumont 75017 PARIS.

Joindre un chèque de 199,56 € TTC. à l'ordre de **FRANCE GALOP** pour les frais de constitution de dossier.

**DEMANDE D'AUTORISATION DE MONTER EN COURSES EN QUALITE DE JOCKEY  
COURSES PLATES ET A OBSTACLES POUR L'ANNEE 2024****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 :**

**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 Gautrinère	03160	BOURBON L'ARCHAMBAULT	06.30.98.84.93
Docteur	MOREL */**	Claire	CREPS Auvergne-Rhône-Alpes	2, route de Charneil	03321	BELLERIVE-SUR-ALLIER	04.70.59.85.60
Docteur	LEFEVRE	Gilles	4 Avenue Ziem		06800	CAGNES SUR MER	04.93.73.12.34
Docteur	ANCENYS	Clara	129 Avenue de Mazargues		13008	MARSEILLE	04.91.77.42.26
Docteur	CAPONY*/**	Nicolas	Unité de Médecine du Sport - HOPITAL SAINTE MARGUERITE -	20, avenue Vïton	13009	MARSEILLE	04.91.74.30.40
Docteur	LE GALL*/**	Franck	Unité de Médecine du Sport - HOPITAL SAINTE MARGUERITE -	20, avenue Vïton	13009	MARSEILLE	04.91.74.30.40
Docteur	VITTOZ	Hervé	145 Avenue de Provence		13600	LA CIOTAT	04.42.08.25.31
Docteur	DE LA PROVOTE	Bruno	61, rue Gambetta		14800	DEAUVILLE	02.31.88.11.11
Docteur	ROCHER	Stéphane	6 Place Morin		14800	DEAUVILLE	02.31.88.23.57
Docteur	MAGUARIAN	Anais	2 D Rue Breney		14800	DEAUVILLE	02.31.88.00.88
Docteur	SUANT	Alexandra	3-5 Place des Vieilles Forges		17200	SAINT SULPICE DE ROYAN	05.46.39.95.55
Docteur	ROCHETTE	Thomas	Centre Médical	14 Place du Vieux Lavoir	19230	ARNAC POMPADOUR	05.46.22.46.30
Docteur	TESTOU*	Gilles	CMTS 2A	Boulevard Louis CAMPI	20090	AJACCIO	04.95.25.18.18
Docteur	BERGRASER*	Jean	3 Route de Mervilla		31320	CASTANET TOLOSAN	06.74.67.06.94
Docteur	NADO*	Sébastien	Nouvelle Clinique Bordeaux Tendu	46B Av Jean Alfoncée	33270	FLOIRAC	05.57.81.23.31
Docteur	DUROUX*	Gérard	2, allée Massenet		33470	GUIAN-MESTRAS	07.30.68.19.93
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	CH Mont de Marsan - Site Layné	Avenue Pierre de Coubertin	40024	MONT DE MARSAN	05.58.05.11.56
Docteur	DAHAN*	Georges	46 Boulevard Jules Verne		44300	NANTES	06.08.25.74.81
Docteur	BOUDAUD	Éric	43 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	2A de la Petite Lande	50380	SAINT PAIR SUR MER	06.62.67.38.33
Docteur	CAREL	Guy	39 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	CREPS - UNITE MEDICALE -	11 rue de l'Yser-BP 49	59635	WATTIGNIES Cedex	03.20.62.08.17
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	SAINT LEU D'ESSERENT	03.44.56.65.79
Docteur	HERN*	Philippe	39 Route de Rouen		61230	GACÉ	02.33.67.39.29
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	MATZINGER*	Philippe	7 A rue des Messieurs		67500	WEITBRUCH	03.88.72.11.00
Docteur	JAMES	Jérôme	1370 chemin de Segres		69310	TALUYERS	06.17.23.77.77
Docteur	FREY*	Alain	CH POISSY-ST-GERMAIN Site de Saint-Germain-en-Laye	20 rue Armagis	78100	SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	01.39.27.53.70
Docteur	BENTOUR	Samir	9 place nationale		78500	SARTROUVILLE	06.95.43.38.21
Docteur	AMIARD-JULIEN*	Valérie	Centre Hospitalier CHI MONDIDIER-ROYE	Route de Paris	80044	AMIENS Cedex 1	06.08.10.32.11
Docteur	UGDOLIN*	Frentz	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 Pauls Thevoisienon	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

300 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) ~~89879~~

Total Usage KWH 32 Days 469

**Delivery Charges**

Basic Service Charge			\$18.00
First	250 KWH @	5.783c each	14.46
Next	219 KWH @	5.783c each	12.66
Energy Cst Adj	469 KWH @	-0.02200c	-1.10
SBCRRPS Chg	469 KWH @	0.64100c	3.01
RDM Adjustment	469 KWH @	-0.11800c	-5.55
Transition Adj Chg	469 KWH @	0.01100c	0.52
NY Assessment	469 KWH @	0.36700c	1.72
Government surcharges - Delivery			1.63
<b>Total Delivery Charges</b>			<u>\$30.88</u>
<b>Total Supplier Charge</b>			<u>\$2.95</u>
<b>CURRENT ELECTRIC CHARGES</b>			<u>\$103.83</u>

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

Feb 4 reading (Actual) 2248  
Jan 3 reading (Actual) ~~2117~~

Total Usage CCF 32 Days 129

**Delivery Charges**

Basic Service Charge			\$18.63
First	3 CCF @	0.000c each	0.00
Next	47 CCF @	44.065c each	20.71
Next	79 CCF @	42.411c each	33.50
Adjustment charge		13.90458c	14.07
NY Assessment	129 CCF @	3.60500c	4.65
RDM Adjustment	129 CCF @	1.70900c	2.20
SBC Charge	129 CCF @	0.71500c	0.92
Government surcharges - Delivery			3.13
<b>Total Delivery Charges</b>			<u>\$97.81</u>
Merchant Function Chg	129 CCF @	0.00000c	0.00
Government surcharges - Delivery			0.00
<b>Merchant Function Charges</b>			<u>\$0.00</u>
<b>Total Supplier Charge</b>			<u>\$0.61</u>

**BILLING DATE** 02/05/13

**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

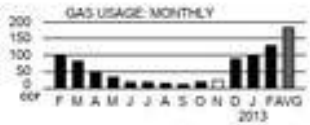
**TOTAL AMOUNT DUE** \$473.62

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

**ELECTRIC USAGE: MONTHLY**




**GAS USAGE: MONTHLY**



■ ACTUAL □ ESTIMATED ■ AVG. COST PROFILE

---




11600-65164

**TOTAL AMOUNT DUE** \$473.62

Amount enclosed:

'X' to enroll in ABP


PO Box 1005  
Spring Valley NY 10977



NEIGHBOR FUND: Add \$1 and O&R Will Match  
002679T

0009 1160065164 0000027450 00000047362

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







### 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](http://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
--------------	---------------------------

---

07<sup>th</sup> February 2014

**SMITH CHRISTOPHER THOMAS**

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

International Bank Account Number  
IDLGB225278/00990274

HSBCGB2LXXX