

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

Sabrina DESPLANCHES

01 49 10 21 26

[sdesplanches@france-galop.com](mailto: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 maître d'apprentissage ou employeur.
  - ☒ Attestation de réussite aux épreuves théorique et pratique du stage requis dans le cadre de la demande de licence (**à fournir par l'établissement de formation**).
  - ☒ 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 exemplaire du contrat d'apprentissage ou de la convention de formation professionnelle (**le cas échéant**).
  - ☒ Le contrat de jeune travailleur salarié (CDD ou CDI pour mineur) complété et signé par l'employeur, le demandeur, son représentant légal et l'établissement de formation (**le cas échéant**).
  - ☒ Dans le cas où le postulant n'est plus scolarisé : attestation de scolarité délivrée par l'établissement de formation justifiant la formation suivie (dates + intitulé de la formation).
  - ☒ Une photocopie recto verso de la pièce d'identité **du demandeur et de son représentant légal** (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).*
  - ☒ Un justificatif de domicile au nom du demandeur ***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 le demandeur est hébergé :** *attestation d'hébergement + justificatif de domicile au nom de son hébergeant datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier + photocopie recto verso de la pièce d'identité de son hébergeant.*
- ☒ Certificat de résidence fiscale (ci-joint, à compléter obligatoirement).
  - ☒ Un relevé d'identité bancaire au nom du demandeur.
  - ☒ Un extrait d'acte de naissance du demandeur ou une copie du livret de famille de ses parents (*dans ce cas photocopier les pages relatives à chaque parent et au demandeur uniquement*).
  - ☒ Une photo d'identité avec le nom du demandeur mentionné au verso.

**Pour les apprentis sous Contrat d'Apprentissage ou Contrat à Durée Indéterminée :**

- ☒ Une attestation d'assurance couvrant les risques encourus par l'apprenti et les tiers pour l'année en cours ou un certificat délivré par l'Association Générale des Jockeys de France (contact : 01 39 62 98 37).

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<br>de<br>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 : .....

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

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 :

| INFORMATIONS | A compléter par la personne physique, le représentant légal de la société ou de la personne mineure |
|--------------|---|
|--------------|---|

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nom : (*)               |  |
| Nom de jeune fille :    |  |
| Prénoms : (*)           |  |
| Date de naissance : (*) |  |
| Lieu de naissance : (*) |  |
| Nationalité : (*)       |  |
| Adresse : (*)           |  |
| Code postal : (*)       |  |
| Ville : (*)             |  |
| Pays : (*)              |  |
| Téléphone(s) : (*)      |  |
| Email : (*)             |  |

(\*) Informations obligatoires

## AGREMENTS

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Demande d'agrément en qualité de :</b><br><small>(merci de cocher l'agrément sollicité lors de la demande)</small> | <input type="checkbox"/> Propriétaire/Associé/Bailleur<br><input type="checkbox"/> Mandataire de société<br><input type="checkbox"/> Personne autorisée à monter | <input type="checkbox"/> Porteur de parts<br><input type="checkbox"/> Eleveur-bailleur<br><input type="checkbox"/> Entraîneur |
| <b>Nom de la personne pour qui est sollicité l'agrément, dans le cas d'une personne morale ou mineure :</b>           |  |   |

Dans le cas d'une demande d'agrément pour une personne morale, le mandataire de société et le(s) porteur(s) de parts doivent également compléter un exemplaire de ce document.

### Atteste par la présente prendre connaissance des dispositions suivantes et les accepter :

*Les informations recueillies sont destinées à France Galop et au Ministère de l'Intérieur pour traiter votre demande d'agrément. En application de l'article L. 114-1 du code de la sécurité intérieure, avant d'émettre son avis en considération des enjeux d'ordre public, de sécurité publique et de protection de la santé et des mineurs, mentionnés à l'article L. 320-2 et suivants du même code, le ministre de l'Intérieur peut diligenter une enquête administrative destinée à vérifier que votre comportement, ainsi que celui de votre entourage, n'est pas incompatible avec l'exercice des fonctions envisagées. Conformément aux termes de l'article R. 114-6 du code de sécurité intérieure, vous êtes informés que l'enquête administrative donne lieu à la consultation de traitements automatisés de données à caractère personnel relevant de l'article 31 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à l'exception des fichiers d'identification.*

*Ces informations sont également utilisées par France Galop pour la gestion de votre participation directe ou indirecte aux courses hippiques relevant du code des courses au galop. Dans ce cadre exclusivement, elles sont susceptibles d'être communiquées aux membres de l'institution des courses hippiques.*

Fait à ..... Le .....  
Signature

Je soussigné(e), ....., entraîneur/propriétaire ai l'honneur de solliciter de MM. les Commissaires de France Galop, l'autorisation de faire monter en courses **pour l'année 2025** mon apprenti :

## Informations personnelles concernant l'apprenti (obligatoires)

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : ..... Email : .....  
 Numéro de Sécurité Sociale complet : ..... Caisse de MSA dont vous dépendez : .....

Je certifie :

- 1° - qu'il/elle est muni(e) d'un casque de protection et d'un gilet de protection conformes aux normes européennes qu'il portera à l'occasion de chacune des courses publiques dans lesquelles il sera appelé à monter ;
- 2° - qu'il/elle a été déclaré(e) apte après l'examen médical obligatoire le ..... effectué par le Docteur : ..... agréé par les Commissaires de France Galop ;
- 3° - qu'il/elle est titulaire d'une assurance couvrant les risques que le postulant encourt personnellement et ceux qu'il fait encourir au tiers en participant à une courses publique (apprentis sous Contrat d'Apprentissage ou Contrat de Perfectionnement) (joindre attestation d'assurance) ;
- 4° - qu'il/elle se soumettra, sans réserve, aux dispositions du Code des Courses au Galop, ainsi qu'aux dispositions du Code en vigueur dans le pays où il montera, et qu'il se soumettra 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 ;
- 5° - qu'il acceptera en particulier en mon absence, ou en l'absence de tout autre entraîneur pour lequel il montera, d'être entendu comme étant mon mandataire ou celui de cet entraîneur auprès des instances prévues par le Code des Courses.
- 6° - en vertu de l'Art. 38 al. V, que je dois, dans un délai de 8 jours, sous peine d'une amende de 15 à 800 euros fixée par les Commissaires de France Galop, signaler à ces derniers les contrats d'apprentissage et les contrats de perfectionnement qui auront été rompus avant leur expiration, pour quelque cause que ce soit.

Fait à ..... le ..... **Signature de l'entraîneur**

## AUTORISATION DES PARENTS

Je soussigné(e) : .....  
 Demeurant : .....  
 Téléphone : ..... Email : .....  
 Représentant légal du/de la jeune : .....  
 Autorise M. : ..... entraîneur/propriétaire à faire monter mon fils/ma fille en courses publiques en plat et en obstacles.

J'ai connaissance de l'interdiction qui lui 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 ce que mon fils/ma fille ne présente pas de compte débiteur durant la détention de son autorisation de monter en courses en qualité d'apprenti.

Je suis informé(e) que les renseignements médicaux concernant mon fils/ma fille figurent dans son 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 concernant mon fils/ma fille. Ce droit de rectification pourra être exercé par courrier à l'adresse suivante : FRANCE GALOP - Service des Licences - 15 Boulevard de Douaumont 75017 PARIS.

Fait à ..... le ..... **Signature du représentant légal**

## VISA DE L'ETABLISSEMENT DE FORMATION

Demande transmise par le Centre de Formation de Lads-Jockeys de .....  
 Où le/la jeune ..... Admis au centre le .....  
 sous Convention de Formation Pratique/Contrat d'apprentissage, est actuellement élève en cycle ..... année.

Fait à ..... Le ..... **Avis et signature du directeur du centre de formation**

**ATTESTATION D'APTITUDE A MONTER EN COURSES PUBLIQUES**

Je soussigné : .....

Entraîneur public / entraîneur particulier, 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,

**AVIS TECHNIQUE****(à compléter obligatoirement)**

Comportement de l'intéressé(e) en tant que cavalier(e) d'entraînement : .....

.....

Avis sur la manière de monter : .....

.....

.....

Connaissance du Code des Courses au Galop : .....

.....

.....

En conséquence, j'atteste que ..... ☐ est apte ☐ n'est pas

apte à monter en courses publiques ☐ en plat ☐ en obstacles.

Fait le ..... à .....

SIGNATURE :

\* La durée doit être au moins de 12 mois, consécutifs ou non.



## Auto-certification de résidence fiscale - Personne physique

Les réglementations fiscales exigent que CPS recueille certaines informations sur le statut fiscal de ses clients. La réglementation relative à l'échange automatique d'informations (EIA-CRS- « Echange Automatique d'Information – Common Report Standard ») impose notamment à l'ensemble des établissements de paiement présents sur le territoire français :

- Des obligations d'identification de leurs clients et de la résidence fiscale de ces derniers ;
- Des obligations déclaratives annuelles des clients non-résidents fiscaux français auprès de l'autorité fiscale française.

A ce titre, vous devez compléter cette auto-certification de résidence fiscale, afin de permettre à CPS de se conformer à ses obligations. Elle ne sera valide que si l'ensemble des champs sont renseignés.

N'utilisez pas ce formulaire si le titulaire de compte n'est pas une personne physique. Dans ce cas, veuillez utiliser et compléter le formulaire « Auto-certification de résidence fiscale - Personne morale ».

### 1 - IDENTIFICATION

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| Nom de naissance :  |
| Nom d'usage :   |
| Prénom (s) :  |
| Date de naissance :   |
| Ville de naissance :  |
| Pays de naissance :   |
| Adresse de la résidence principale (Code Postal + Ville + Pays):  |
| Profession(s) :   |

Avez-vous la nationalité/citoyenneté américaine (Etats-Unis d'Amérique) ?

- ☐ Oui, veuillez indiquer votre Numéro d'identification fiscal américain / TIN, ci-après : .....
- ☐ Non

### 2 - RESIDENCE FISCALE

Veuillez indiquer ci-dessous, **votre ou vos** pays de résidence fiscale, en toutes lettres, y compris si vous êtes résident fiscal français.

| Pays de résidence fiscale | Numéro d'Identification Fiscale (NIF) * |
|---------------------------|---|
| 1.                        |   |
| 2.                        |   |

\* Si et seulement si votre pays de résidence fiscale est la France, le numéro d'identification fiscale est facultatif.  
Indiquer N/A si le pays de résidence fiscale n'émet pas de NIF.

### 3 - DECLARATION

**Je certifie l'exactitude et l'exhaustivité des informations renseignées ci-dessus et je m'engage à informer immédiatement CPS de tout changement de situation nécessitant la mise à jour de cette déclaration.**

A défaut de communiquer tout ou partie de ces données ou en cas d'incohérences/contradictions non justifiées entre les déclarations effectuées dans cette auto-certification et les autres informations dont dispose CPS, je comprends que mes comptes pourront être déclarés à l'administration fiscale française sur la base des indices de résidence fiscale déjà connus de CPS, conformément à la réglementation relative à l'échange automatique d'informations. L'administration fiscale française transmettra ces informations aux administrations fiscales du ou des pays de résidence fiscale(s) concerné(s).

Nous attirons votre attention sur le fait qu'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts, falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ou faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié est puni, conformément à l'article 441-7 du Code pénal, d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende. Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45.000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor Public ou au patrimoine d'autrui.

Fait à et le .....

Nom complet .....

Signature

NB : Les données à caractère personnel ainsi recueillies vous concernant sont obligatoires et ont pour finalité le respect de la réglementation concernant l'échange automatique d'informations relatif aux comptes en matière fiscale. Ces données sont destinées à CPS, responsable du traitement, ainsi que, le cas échéant, à l'administration fiscale française pour transmission, si la réglementation concernant l'échange automatique d'informations l'exige. Nous vous rappelons que vous disposez de différents droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition, ...), que vous pourrez exercer auprès de CPS, à l'adresse mail suivante : [privacy.cps@concentrix.com](mailto:privacy.cps@concentrix.com).



**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       | Maison de santé pluridisciplinaire                       | 91, Bld Jean Bignon        | 03160       | BOURBON L'ARCHAMBAULT            | 04.15.90.00.20 |
| 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                          | &<br>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       | SAINT SULPICE DE ROYAN           | 05.46.39.95.55 |
| Docteur | ROCHETTE                      | Thomas       | Centre Médical   | 14 Place du Vieux Lavoir   | 19230       | ARNAC POMPADOUR                  | 05.46.22.46.50 |
| Docteur | TESTOU                        | Gilles       | CMTS 2A  | Boulevard Louis CAMPI      | 20090       | AJACCIO                          | 04.95.25.18.18 |
| 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 | 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       | SAINT PAIR SUR MER               | 06.62.67.38.33 |
| 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       | SAINT 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       | SAINT-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 <b>GUADELOUPE</b>       | (590).82.86.72 |
| Docteur | ROY-CAMILLE                   | Maurice-Yves | 34 Boulevard du 25 Juin 1935                             |                            | 97233       | SCHOELCHER / <b>MARTINIQUE</b>   | 05.96.61.45.51 |
| Docteur | LANTHONY                      | Hervé        | Centre Hospitalier du Nord                               | Hôpital Paula Thavoavianon | 98850       | KOUMAC <b>Nouvelle-Calédonie</b> | 00687.78.52.05 |

**ATTESTATION D'HEBERGEMENT**

Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Déclare sur l'honneur héberger :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

A l'adresse suivante :

.....

.....

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

Fait à : ..... Le : .....

**Signature**

Joindre :

☒ un justificatif de domicile : *facture d'électricité, de gaz ou de téléphone de moins de trois mois, attestation du bailleur, avis d'imposition, taxe foncière, quittance de loyer ou assurance habitation.*☒ une copie recto-verso de la pièce d'identité de l'hébergeant.



## Pièces nécessaires à l'ouverture et à la certification de votre compte professionnel auprès de France Galop

### 1. Une pièce d'identité en cours de validité

Veillez à ce que votre copie soit lisible, non tronquée, bien cadrée et n'oubliez pas de scanner le verso du document (carte d'identité) ou la page sur laquelle figure votre signature (passport).



Carte d'identité lisible



Noir et blanc



Recto et verso sur un même document PDF



Passeport lisible



Passeport incomplet



Carte d'identité tronquée



Carte d'identité illisible

## 2. Un justificatif de domicile

Si vous êtes locataire ou propriétaire, vous devez envoyer un des documents suivants, impérativement établi à votre nom et sur lequel figure votre adresse de domicile :

- **Facture de consommation** (eau, gaz, électricité ou téléphone) de moins de 3 mois,
- **Taxe d'habitation, taxe foncière ou avis d'imposition** le plus récent,
- **Attestation d'assurance** de votre logement (assurance habitation),
- **Quittance de loyer** la plus récente.

**VOS CONTACTS**

**Par internet**  
Pour gérer votre contrat et retrouver vos factures sur votre espace Client 24h/24 et 7j/7 : [espaceclient.edf.com](http://espaceclient.edf.com)  
Identifiant internet : 1234567891

**Par téléphone**  
• Ma facture, mon contrat, mon déménagement et pour toute réclamation au 09 69 36 66 66<sup>(1)</sup> (appel non surtaxé)  
• Mon Compte sur Serveur Vocal 24h/24 au 0 800 123 333 (N° Vert) pour payer votre facture par CB et transmettre votre relevé de compteur  
N° client : 1 234 567 891  
• Mes Travaux de chauffage et d'isolation au 39 29<sup>(1)</sup> (0,05 € TTC/min hors surcoût éventuel selon opérateur)  
<sup>(1)</sup> du lundi au samedi de 8h à 21h  
Dépannage Electricité : 09 726 750 95 (appel non surtaxé)

**Par courrier**  
EDF SERVICE CLIENTS  
TSA 20012  
41975 BLOIS CEDEX 9

**Lieu de consommation :**  
22, RUE DE LA PAIX  
8000 POITIERS  
Titulaire du contrat  
M. ANTOINE DUPONT

**Votre contrat**  
N° de client : 1 234 567 891  
N° de compte : 1 234 567 891  
(numéro à transmettre pour le règlement de vos factures)  
Electricité "Tarif Bleu"  
• Point de livraison (PDL) : N° 21 209 261 841 110

20130308\_002344\_00001\_HP0\_PARB11\_212

Document à conserver 5 ans Page 1/2

**EDF**

M. ANTOINE DUPONT  
22, RUE DE LA PAIX  
8000 POITIERS

**Votre facture du 07/03/2015 N° 23 501 364 101**

|                                   |          |                              |
|-----------------------------------|----------|------------------------------|
| Electricité "Tarif Bleu"          | 503,46 € | Total TTC<br><b>599,58 €</b> |
| Consommation, abonnement et taxes |          |                              |
| Total Hors TVA                    | 503,46 € | Prélevé le<br>22/03/2013     |
| TVA                               | 96,12 €  |                              |

Prochaine facture vers le 04/05/2013 - Prochain relevé vers le 04/09/2013

**VOS MESSAGES PERSONNELS**

Pour que votre prochaine facture soit basée sur votre consommation réelle, il vous suffit de nous transmettre votre relevé de compteur entre le 15/04/2015 et le 01/05/2015 notamment par Internet ou par téléphone (voir coordonnées figurant en haut à gauche).

- **Attestation d'hébergement** datée et signée par la personne qui vous héberge, certifiant que vous habitez chez elle de manière stable, et mentionnant l'adresse à laquelle vous êtes hébergé(e),
- **Justificatif de domicile** au nom de la personne qui vous héberge, sur lequel figure son adresse de domicile et datant de moins de 3 mois,
- **Photocopie recto-verso de la pièce d'identité** de la personne qui vous héberge.

Les trois documents doivent  
être réunis sur un seul  
et même PDF

### 3. Un Relevé d'Identité Bancaire

Il doit mentionner le **nom du titulaire du compte**, l'**IBAN complet** ainsi que le **code BIC**.  
Le document doit être délivré par la banque. Le **logo de la banque** doit donc être visible.

| <br>RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE   |   |
|--|---|
| Identifiant international de compte bancaire   |   |
| IBAN (International Bank Account Number)<br>FR8414508000407667174973Z30  | BIC (Bank Identifier Code)<br>CMCIFR2A  |
| <b>Domiciliation</b><br>CCM SCHILTIGHEIM<br>AGENCE CENTRE<br>45 ROUTE DE BISCHWILLER<br>67300 SCHILTIGHEIM<br>☎33390416537   | <b>Titulaire du compte (Account Owner)</b><br>Fondation Teaming<br>Avda. Alcalde Barnils, 64-68.<br>08174 Sant Cugat del Vallés |
| Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution. | PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ   |