

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), votre expérience professionnelle (entraîneurs pour lesquels vous avez travaillé, dates d'entrée et de sortie, poste occupé) et votre expérience pratique (courses-école, courses de poneys).
- ☒ Photocopie de votre bulletin de salaire le plus récent, ou, dans le cas où vous êtes employé depuis moins d'un mois, attestation de l'entraîneur qui devra préciser, d'une part que vous êtes déclaré en tant que salarié(e) dans son établissement et d'autre part le nombre d'heures de travail effectuées.
- ☒ Si vous avez moins de 25 ans : un exemplaire du contrat d'apprentissage ou de la convention de formation professionnelle signés pendant votre scolarité (important pour le droit à la décharge).
- ☒ 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).*
- ☒ 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.
- ☒ Certificat de résidence fiscale (ci-joint, à compléter obligatoirement).
- ☒ 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).
- ☒ La somme de 203,16 € TTC (correspondant à : 154,80 € pour les frais de constitution de dossier + 35,40 € pour les frais administratifs + 12,96 € 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 copie de votre dernier avis d'imposition.
- ☒ Un relevé d'identité bancaire à votre nom.
- ☒ Une photo d'identité avec votre nom mentionné au verso (pour la carte d'accès aux hippodromes).

Selon les dispositions de l'Article 43, § II du Code des Courses, les Commissaires de France Galop pourront demander au postulant n'ayant pas été titulaire d'une autorisation de monter en qualité d'apprenti ou d'une autorisation de monter en qualité de gentleman-rider ou de cavalière de suivre avec succès un stage de formation et de contrôle de la capacité à monter en course publique, selon les conditions publiées au Bulletin Officiel des Courses au Galop.

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 :

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	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

AGREEMENTS

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

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

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 € 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 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,

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 :



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 fiscal 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.

AUTORISATION D'ENCAISSEMENT

À compléter par l'émetteur du chèque

Je soussigné(e) atteste que le chèque numéro
d'un montant de 203,16 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	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 & DOCTOLIB
			Centre provençal de médecine du sport - CPMS		13400	AUBAGNE	
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 Tondou	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 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

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 (passeport).



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
Identifiant internet : 1234567891

Par téléphone
• Ma facture, mon contrat, mon déménagement et pour toute réclamation au **09 69 38 66 66**⁽¹⁾ (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**⁽²⁾ (0,05 € TTC/min hors surcoût éventuel selon opérateur)
⁽¹⁾ 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_PAR911_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

		Détails au verso
Electricité "Tarif Bleu"	503,46 €	Total TTC
Consommation, abonnement et taxes		599,58 €
Total Hors TVA	503,46 €	Prélevé le
TVA	96,12 €	22/03/2013

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.

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
Identifiant international de compte bancaire	
IBAN (International Bank Account Number) FR8414508000407667174973230	BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A
Domiciliation CCM SCHILTIGHEIM AGENCE CENTRE 45 ROUTE DE BISCHWILLER 67300 SCHILTIGHEIM ☎ 33390416537	Titulaire du compte (Account Owner) Fondation Teaming Avda. Alcalde Barnils, 64-68. 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