

DEMANDE D'AGREMENT EN QUALITE D'ENTRAINEUR PUBLIC

Service des Licences / Direction Opérationnelle des Courses

Votre interlocutrice :

Marie ROLLAND

01 49 10 20 56

mrolland@france-galop.com

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre demande, nous avons l'honneur de vous faire parvenir, sous ce pli, une notice explicative ainsi que divers documents destinés à la constitution d'un dossier d'entraîneur public.

Vous voudrez bien compléter et nous retourner votre demande accompagnée des pièces suivantes :

- ☒ Un Curriculum-Vitae indiquant vos connaissances et expériences acquises dans le domaine hippique.
- ☒ Une lettre de motivation expliquant les raisons de votre demande d'agrément.
- ☒ Le formulaire de demande d'agrément.
- ☒ Le formulaire Informations réglementaires.
- ☒ Le formulaire d'auto-certification de résidence fiscale.
- ☒ Le formulaire d'agrément en qualité d'entraîneur public mentionnant l'adresse et un descriptif des installations d'entraînement.
- ☒ Les deux attestations ci-jointes des propriétaires éventuels.
- ☒ Deux photographies (format d'identité) avec votre nom indiqué au verso.
- ☒ Photocopie de votre dernier diplôme obtenu (minimum niveau III - CAP BEP) ou une attestation de formation émanant de l'établissement dans lequel vous avez suivi votre dernière formation.
- ☒ L'attestation de l'entraîneur public vous ayant employé ou vous employant, **sauf** :
 - pour les personnes titulaires d'un agrément en qualité de permis d'entraîner ou d'éleveur-entraîneur durant les trois dernières années écoulées,
 - pour les personnes ayant été professionnels du pré-entraînement et du débouillage pendant au moins 24 mois, à condition de justifier cette activité au moyen d'attestations des organismes sociaux,
 - pour les personnes étant actuellement titulaires d'une autorisation d'exercer en qualité d'entraîneur professionnel à l'étranger.
- ☒ Une copie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité).
- ☒ Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture de gaz, d'électricité, de téléphone, avis d'imposition, quittance de loyer).
- ☒ Une copie de votre dernier avis d'imposition.
- ☒ Un relevé d'identité bancaire.
- ☒ Un virement bancaire^(*) d'un montant de **439.20 € TTC**, destiné à couvrir les frais suivants :
 - Frais de dossier : 283.20 €
 - Cotisation sociétaire : 120 €
 - Frais administratifs annuels : 36 €

(*) Nos références bancaires :

Société Générale, Paris Rive Gauche Entreprises

Tour Montparnasse 25ème étage

33 avenue du Maine

75755 PARIS CEDEX 15 (France)

IBAN: FR76 30003 03764 0005010001637

Swift : SOGEFRPP RIG

- ☒ Les frais de stage seront à régler **directement** à l'A.F.A.S.E.C. Les fonds de formation continue peuvent dans certains cas prendre en charge ces frais. L'A.F.A.S.E.C. est susceptible de vous renseigner dans ce domaine.

Votre dossier complet est à nous retourner :

-par email (documents au format pdf ou jpeg) à l'adresse suivante : mrolland@france-galop.com

ou

-par courrier postal à l'adresse suivante : **France Galop - Service des Licences - 15 Boulevard de Douaumont - CS 64440 - 75819 PARIS CEDEX**

DEMANDE D'AGREMENT EN QUALITE D'ENTRAINEUR PUBLIC

Compte France Galop N°: C (à compléter si vous avez déjà un numéro de compte à France Galop)

☐ Madame, ☐ Monsieur ⁽¹⁾

Nom:

Prénoms:

Nom de jeune fille:.....

Né(e) le : à : Nationalité :

☐ Fils, ☐ fille ⁽¹⁾ de: et de :
Prénom & nom du père *Prénom & nom de jeune fille de la mère*

Adresse:

Code postal: Ville : Pays:

Téléphone: Portable:

Email ⁽²⁾ :

Situation de famille et professionnelle

Demandeur

Conjoint (e)

☐ Célibataire

☐ Pacsé (e) ☐ Marié (e) le

☐ Divorcé(e) le

☐ Veuf (ve)

Nombre d'enfants.....

Profession.....

Nom et adresse de l'entreprise.....

Nature de l'activité de l'entreprise.....

Nom :.....

Prénom :.....

Né(e):.....

A :.....

Nationalité.....

Profession.....

Nom et adresse de l'entreprise.....

Nature de l'activité de l'entreprise.....

Statut fiscal en France ⁽¹⁾ :

Si Non-Résident :

Etablissement stable en France ⁽³⁾

☐ Résident

☐ UE

☐ Oui

☐ Non-Résident

☐ Hors UE

☐ Non

T.V.A. ⁽¹⁾ : ☐ Assujetti ☐ Non-assujetti N° de T.V.A. :

Statut dans le cadre de l'activité de courses : ☐ Particulier ☐ Professionnel

Disposez-vous d'un agrément au TROT ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, le(s)quel(s) :

☐ J'atteste sur l'honneur être légalement imposable à la Taxe sur la Valeur Ajoutée depuis le et donne mandat à la société FRANCE GALOP d'établir en mon nom, des factures correspondant aux prix et primes gagnés. Je m'engage à communiquer à France Galop toute modification de mon statut fiscal à l'égard de la T.V.A.

☐ Je demande que mes coordonnées gérées par votre système d'information soient strictement réservées aux échanges de courriers en provenance de FRANCE GALOP.

Fait à Le:

Signature:

(1) Cocher la case correspondante

(2) A compléter obligatoirement pour la transmission de vos relevés de comptes par email au format pdf

(3) Etablissement stable en matière de TVA, preneur ou prestataire de services, dont l'objet social vise les activités de courses hippiques

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 aux données vous concernant. Ce droit de rectification pourra être exercé par courrier à l'adresse suivante : France Galop – Service des Licences – 15 Boulevard Douaumont – CS 64440 - 75819 PARIS CEDEX

| 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

| | |
|---|--|
| Demande d'agrément en qualité de : <small>(merci de cocher l'agrément sollicité lors de la demande)</small> | <input type="checkbox"/> Propriétaire / Associé / Bailleur <input type="checkbox"/> Entraîneur <input type="checkbox"/> Personne autorisée à monter <input type="checkbox"/> Eleveur-bailleur <input type="checkbox"/> Mandataire de société <input type="checkbox"/> Porteur de parts |
| 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

DEMANDE D'AGREMENT EN QUALITE D'ENTRAINEUR PUBLIC
ETABLISSEMENT D'ENTRAINEMENT

Nom:

Prénom (s):

Né (e) le : à

Domicile:

Code Postal : Ville:

Téléphone : Portable :

E m a i l :

ETABLISSEMENT D'ENTRAINEMENT

Adresse des écuries :

.....

.....

Autre(s) entraîneur(s) occupant l'établissement :

.....

Adresse des pistes :

.....

Nombre de boxes : Description des pistes

.....

Kilométrage entre le domicile et le lieu d'entraînement :

JOINDRE UN PLAN SOMMAIRE DES INSTALLATIONS

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN ENTRAÎNEUR PUBLIC EMPLOYANT OU AYANT EMPLOYÉ LE DEMANDEUR ET RETOURNÉ DIRECTEMENT PAR CET ENTRAÎNEUR AU SERVICE DES LICENCES : **mrolland@france-galop.com**

**ATTESTATION DE L'ENTRAÎNEUR PUBLIC EMPLOYANT OU AYANT EMPLOYÉ LE DEMANDEUR A
L'AUTORISATION D'EXERCER EN QUALITÉ D'ENTRAÎNEUR PROFESSIONNEL**

Je soussigné(e)
entraîneur public à
déclare que

☐ est employé(e) dans mon établissement depuis le / /
(Indiquer la date exacte : jour/mois/année)

☐ a été employé(e) dans mon établissement du / / au / /
(Indiquer les dates exactes : jour/mois/année)

en qualité de :

Statut : ☐ Salarié(e) ☐ Non salarié(e)

Fonction : ☐ Stagiaire
 ☐ Assistant entraîneur
 ☐ Premier garçon
 ☐ Garçon de voyage
 ☐ Cavalier d'entraînement - Jockey

J'atteste avoir vérifié l'expérience pratique de
dans les activités suivantes :

- Alimentation des chevaux
- Soins des chevaux
- Préparation et participation des chevaux à la compétition
- Direction du personnel
- Relations avec les propriétaires, facturation, gestion de l'établissement

ALIMENTATION DES CHEVAUX

Le demandeur a participé en tant que
exécutant ☐
responsable ☐

à l'alimentation des chevaux

Son expérience est :
☐ insuffisante
☐ moyenne
☐ satisfaisante

SOINS DES CHEVAUX

Le demandeur a participé en tant que
exécutant ☐
responsable ☐

aux soins données aux chevaux

Son expérience est :
☐ insuffisante
☐ moyenne
☐ satisfaisante

PRÉPARATION ET PARTICIPATION DES CHEVAUX A LA COMPÉTITION

L'expérience du demandeur dans ces deux domaines est :
☐ insuffisante
☐ moyenne
☐ satisfaisante

DIRECTION DU PERSONNEL

Le demandeur a ☐ dirigé du personnel dans l'établissement d'entraînement
n'a pas ☐

Son expérience est :
☐ insuffisante
☐ moyenne
☐ satisfaisante

RELATIONS AVEC LES PROPRIÉTAIRES, FACTURATION, GESTION DE L'ÉTABLISSEMENT

Avez-vous permis au demandeur d'intervenir ou de s'intéresser à ces domaines ?

☐ OUI

☐ NON

Le demandeur a-t-il une expérience dans ces domaines :

Relations avec les propriétaires

☐ OUI

☐ NON

Facturation

☐ OUI

☐ NON

Gestion de l'établissement

☐ OUI

☐ NON

Son expérience dans ces domaines est :

☐ insuffisante

☐ moyenne

☐ satisfaisante

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

.....

.....

.....

.....

J'atteste sur l'honneur de la sincérité de mes vérifications et de mes appréciations et j'estime que le demandeur :

- ☐ a acquis une expérience pratique suffisante pour obtenir une autorisation d'exercer en qualité d'entraîneur professionnel.
- ☐ n'a pas l'expérience nécessaire pour obtenir une autorisation d'exercer en qualité d'entraîneur professionnel.

Fait le à

Signature

ATTESTATION

Je soussigné(e) :

domicilié(e) :

.....

Propriétaire agréé(e) par les Commissaires de France Galop depuis :

envisage de confier des chevaux à l'entraînement chez :

en cas d'obtention de son agrément en qualité d'entraîneur public.

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature

ATTESTATION

Je soussigné(e) :

domicilié(e) :

Propriétaire agréé(e) par les Commissaires de France Galop depuis :

envisage de confier des chevaux à l'entraînement chez :

en cas d'obtention de son agrément en qualité d'entraîneur public.

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

Fait à le

Signature



Auto-certification de résidence fiscale - Personne physique

Les réglementations fiscales exigent que CPS recueille certaines informations sur le statut fiscal de ses clients. Les réglementations fiscales, notamment celle relative à l'échange automatique d'informations (EIA-CRS- « Echange Automatique d'Information – Common Report Standard »), imposent aux établissements de paiement comme CPS de collecter des informations sur la résidence fiscale de ses clients.

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 : |
| Lieu de naissance (Ville + Code Postal) : |
| 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.

Je comprends que, conformément à la réglementation en vigueur sur l'échange automatique d'informations (CRS/FATCA), à défaut d'information claire ou cohérente, CPS pourra procéder à la déclaration des comptes sur la base des éléments connus, auprès de l'administration fiscale française. Celle-ci pourra transmettre les données aux administrations concernées. Je reconnais que toute fausse déclaration peut engager la responsabilité de l'entité représentée, dans les conditions prévues par la loi.

Fait à :

Nom complet :

Le :

Signature

NB : Les données à caractère personnel ainsi recueillies vous concernant sont obligatoires et ont pour finalité le respect de la réglementation CRS/FATCA. Ces données sont destinées à CPS, responsable du traitement, et peuvent être transmises à l'administration fiscale française si la réglementation l'exige. Conformément au RGPD, vos disposez de droits sur vos données, que vous pouvez exercer à l'adresse mail suivante : privacy.cps@concentrix.com.