

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) 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.*
- ☒ Certificat de résidence fiscale (ci-joint, à compléter obligatoirement).
 - ☒ Une copie de votre dernier avis d'imposition ou un document équivalent selon le pays dont vous êtes ressortissant.
 - ☒ 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).

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 232,00 € TTC (correspondant à : 156,00 € pour les frais de constitution de dossier + 36,00 € pour les frais administratifs + 40,00 € 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 photo d'identité avec votre nom mentionné au verso (pour l'établissement de la carte d'accès aux hippodromes).

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 :

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 :

⁽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 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 36,00 € 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,

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 :



Self-certification of tax residence - Individuals

Tax regulations require CPS to collect certain information on the tax status of its clients. Tax regulations, in particular the one on automatic exchange of information (EIA-CRS - "Common Reporting Standard"), require payment institutions such as CPS to collect information about the tax residence of their clients.

Do not use this form if the account holder is not a natural person. In this case, please use and complete the "Self-certification of tax residence - Legal entity" form.

1 - IDENTIFICATION

☐ Madam ☐ Sir
Birth name:
Common name:
First name(s):
Date of Birth:
Place of Birth (City + Postal Code):
Country of Birth:
Address of principal residence / place of residence (Postal Code + City + Country):
Profession(s):

Are you an American citizen?

- ☐ Yes, please provide your U.S. Tax Identification Number / TIN, here:.....
- ☐ No

2 - TAX RESIDENCE

Please indicate below your country or countries of tax residence, in full, including if you are a French tax resident.

Country(ies) of tax residence(s)	Fiscal Identification Number (TIN / « NIF » in French) *
1.	
2.	

* If and only if your country of tax residence is France, the tax identification number is optional.
Indicate N/A if the country of tax residence does not issue a TIN.

3 - DECLARATION

I certify the accuracy and completeness of the information provided above and undertake to inform CPS immediately of any change in my situation requiring the updating of this declaration.

I understand that, in accordance with the current regulation on automatic exchange of information (CRS/FATCA), in the absence of clear or consistent information, CPS may report accounts to the French tax authorities based on the information available. The French tax authorities may then disclose the data to the relevant authorities. I acknowledge that any false declaration may engage the liability of the represented entity, under the conditions provided for by law.

Signed in (place):

Complete name:

On (date):

Signature

NB: The personal data thus collected about you is mandatory and is intended to comply with regulations concerning the automatic exchange of information relating to accounts in tax matters. This data is intended for CPS, the data controller, and, where applicable, for the French tax authorities for transmission, if required by the regulations concerning the automatic exchange of information. We remind you that you have various rights over your personal data (right of access, rectification, opposition, etc.), which you may exercise by contacting CPS at the following e-mail address: privacy.cps@concentrix.com.

REQUIRED REGULATORY INFORMATION TO COMPLETE YOUR APPLICATION

INFORMATION	To be completed by the requesting person, the legal representative of the company (nominee) or the minor
Surname: (*)	
Maiden name:	
First names: (*)	
Date of birth: (*)	
Place of birth: (*)	
Nationality: (*)	
Address: (*)	
Post code: (*)	
Town: (*)	
Country: (*)	
Phone(s) : (*)	
E-mail: (*)	

(*) mandatory informations

APPROVAL

Application for approval as: (please tick the approval requested when applying)	☐ Owner/ Joint-owner / Lessor ☐ Trainer ☐ Nominee ☐ Shareholder ☐ Person authorized to ride ☐ Breeder-lessor
Name of the person for whom approval is sought, in the case of a legal person or minor:	

In the case of an application for authorization for a legal person, the company representative and the shareholder(s) must also complete a copy of this document.

Acknowledges and accepts the following provisions:

The information collected is intended for France Galop and the Ministry of the Interior to process your approval request. In application of article L. 114-1 of the internal security code, before issuing its opinion taking into consideration the issues of public order, public security and protection of health and minors, mentioned in Article L. 320-2 et seq. of the same code, the Minister of the Interior may initiate an administrative investigation intended to verify that your behavior, as well as that of those around you, is not incompatible with the exercise of the requested activity. In accordance with the terms of article R. 114-6 of the internal security code, you are informed that the administrative investigation gives rise to the consultation of automated processing of personal data covered by article 31 of law no. 78-17 of January 6, 1978 amended relating to computing, files and freedoms, with the exception of identification files.

This information is also used by France Galop to manage your direct or indirect participation in horse races covered by the gallop racing code. In this context exclusively, they may be communicated to members of the horse racing institution.

Done at On the
 Signature

AUTORISATION D'ENCAISSEMENT

À compléter par l'émetteur du chèque

Je soussigné(e) atteste que le chèque numéro
d'un montant de 232,00 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 :

Our Bank Information

BANK : **SOCIETE GENERALE**
PARIS RIVE GAUCHE ENTREPRISES
Boîte Postale 117
75722 PARIS CEDEX 15

Bank Code : 30003 **Office Code :** 03764
Account Number 000 501 000 16 **Clé RIB :** 37
favour of « FRANCE GALOP »
IBAN FR76 30003 03764 00050100016 37
SWIFT CODE SOGEFRPP

NB: please mention on the Bank form , the name and the account number (with France Galop) you want it to be credited.
That it will help us to credit your account in our books, without delays.

**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	& 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 Alfonseá	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

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

390 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 @	5.783¢ each	14.46
Next	219 KWH @	5.783¢ each	12.66
Energy Cst Adj	469 KWH @	-0.02200¢	-1.10
SBCPPS Chg	469 KWH @	0.64100¢	3.01
RDM Adjustment	469 KWH @	-0.11800¢	-5.55
Transition Adj Chg	469 KWH @	0.01100¢	.05
NY Assessment	469 KWH @	0.36700¢	1.72
Government surcharges - Delivery			1.63
Total Delivery Charges			\$30.88
Total Supplier Charge			\$2.95
CURRENT ELECTRIC CHARGES			\$103.83

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 @	0.000¢ each	.00
Next	47 CCF @	44.065¢ each	20.71
Next	79 CCF @	42.411¢ each	33.50
Adjustment charge		10.90450¢	14.07
NY Assessment	129 CCF @	3.60500¢	4.65
RDM Adjustment	129 CCF @	1.70900¢	2.20
SBC Charge	129 CCF @	0.71500¢	.92
Government surcharges - Delivery			3.13
Total Delivery Charges			\$97.81
Merchant Function Chg	129 CCF @	0.00000¢	.00
Government surcharges - Delivery			.00
Merchant Function Charges			\$ 0.00
Total Supplier Charge			\$0.61

BILLING DATE 02/08/13

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. CUST PROFILE

Orange & Rockland
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
0026797

0009 1160065164 0000027450 00000047362

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

If you are hosted by a relative or a friend, you must send the following three documents :

- **Accommodation certificate translated in english** for non english speaking countries, dated and signed by the person hosting you, certifying that you are living with them permanently and mentioning the address at which you are staying,
- **Proof of address** in the name of the person who is hosting you, mentioning their home address and dated less than 3 months, **translated in english** for non english speaking countries,
- **Copy of both sides** of the identity document of the person hosting you.

The three documents must be combined in a single PDF

ACCOMMODATION CERTIFICATE

I, undersigned,

Name : _____ Surname : _____

Date of birth : _____ Place of birth : _____

Hereby certify on my honor to host, free of charge :

Name : _____ Surname : _____

Date of birth : _____ Place of birth : _____

At my home (full address) :

Done at : _____ Date : _____

Signature _____




350 West Route 58
Spring Valley, NY 10977-3300
1-877-434-4100 www.ets.com Page 1 of 4

If you have questions about this bill, call toll-free 1-877-434-4100 or go to www.ets.com

BILLING DATE 07/05/13

BILLING SUMMARY

ACCOUNT NUMBER _____

Last Bill \$408.50

Payments -\$132.00

Adjustments 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

Month	Usage (kWh)
Jan	180
Feb	160
Mar	140
Apr	120
May	100
Jun	80
Jul	60
Aug	40
Sep	20
Oct	10
Nov	10
Dec	10

GAS USAGE MONTHLY

Month	Usage (therms)
Jan	120
Feb	100
Mar	80
Apr	60
May	40
Jun	20
Jul	10
Aug	10
Sep	10
Oct	10
Nov	10
Dec	10

■ ACTUAL □ ESTIMATED ■ AVG CUST PROFILE

TOTAL AMOUNT DUE \$473.62

Amount enclosed: _____

☐ "X" to enroll in ABP

PO Box 1005
Spring Valley NY 10977

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

07th February 2014

SMITH CHRISTOPHER THOMAS

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

Your Statement

Contact Tel +44 800000000

See reverse for call time

Text phone +4470 0592 1249

Used by deaf or speech impaired customers

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

International Bank Account Number

IDLGB225278/00990274

HSBCGB2LXXX