



MOSELLE JEUNESSE

En partenariat avec le Conseil Départemental de la Moselle

Coupon d'inscription à déposer au CCAS avant le 26 avril 2024.

PARTICIPANT(E)

NOM : PRENOM :

Age : Adresse mail :@.....

Adresse :

CP : 57490

VILLE : L'HOPITAL

REPRESENTANT LEGAL

Lien avec le participant : Mère Père Tuteur

NOM : PRENOM :

Adresse (si différente) :

CP :VILLE :

N° de téléphones :/.....

ASSURANCE

Je déclare, par la présente, que le/la participant(e) est apte à pratiquer des activités sportives (sports collectifs, sport de raquette etc.) et qu'il est assuré en responsabilité civile :

Nom de l'assurance : Téléphone :

Numéro du contrat :

PARTICIPATION

Le représentant légal autorise le/la participant (e) à assister à l'opération « MOSELLE JEUNESSE » qui est organisée durant les vacances d'avril 2024 sur les différentes installations de L'Hôpital.

ACTIVITE	DATE	ACTIVITE	DATE

- L'enfant s'engage à rester jusqu'à la fin de la séance, l'encadrant de l'activité ne pourra en aucun cas le laisser partir avant.

Le représentant légal autorise :

- Les responsables à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'accident.
- La ville de L'Hôpital, ainsi que le Conseil Départemental de la Moselle, à reproduire et à diffuser des photographies et enregistrements audiovisuels pour une communication au public sur tous supports, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscription définies par le présent document.

Fait à _____, le _____.

Signature du représentant légal :