



## MOSELLE JEUNESSE

En partenariat avec le Conseil Départemental de la Moselle

**Coupon d'inscription à déposer au CCAS avant le 24 octobre 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'automne 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 :