



MOSELLE JEUNESSE

En partenariat avec le Conseil Départemental de la Moselle

Coupon d'inscription à déposer au CCAS avant le 23 octobre 2025.

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 2025 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 :