

Nom, date, emplacement et heure de l'activité

Particularités, Médicaments, Maladies:

Nom, prénom, date de naissance Participant

Adresse, E-Mail, Téléphone, Téléphone portable

Nom et prénom du tuteur:

Cette activité à une valeur de _____€. Dû à des allocations, _____€ restent à payer. Après paiement l'inscription est définitive. Seul un certificat médical donne droit à un remboursement. Nous vous informons que, dans des cas exceptionnels, un hébergement mixte (filles et garçons) est inévitable. La route d'une activité résulte sur un propre risque. Les participants mineurs résidents au Luxembourg sont couverts par l'assurance accident. Les participants majeurs et résidents au Luxembourg et qui ne sont pas dans une relation professionnelle avec un employeur sont également couverts par l'assurance accident. Tous les participants qui ne tombent sous aucun des cas mentionnés ci-dessus sont obligés d'engager leur propre assurance de maladie.

Je soussigné(e) M/Mme: _____

autorise ma fille/mon fils: _____ à participer à l'activité.

Responsable : Nom, Date, Lieu, Signature :

Cases à cocher par le visiteur majeur ou le représentant légal du visiteur mineur

En cochant cette case, je consens explicitement à ce que les données relatives l'état de santé du participant ci-dessus renseignées soient traitées exclusivement par

la maison des jeunes de

En soumettant ce formulaire, j'accepte que les données personnelles recueillies soient utilisées par la Croix-Rouge luxembourgeoise afin de gérer ma participation. Pour en savoir plus sur le traitement des données, veuillez consulter la notice d'information jointe au présent formulaire.

Nom, Date, Lieu, Signature:
