



BULLETIN DE PARTICIPATION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ (impératif pour joindre si vous êtes lauréat)

E-mail : _____

Date de naissance ____/____/____

Titre attribué aux photos + situation du sujet (adresse) + date de la prise de vue :

- Photo n°1 _____
- Photo n°2 _____
- Photo n°3 _____
- Photo n°4 _____

Je soussigné (e) _____

- Souhaite participer au concours photo organisé par la mairie de Lesterps jusqu'au 30 juin 2024
- Déclare avoir pris connaissance de son règlement et en accepte les conditions
- Certifie ne pas avoir été ou être photographe professionnel
- Autorise la commune à utiliser mes photographies pour tout support de communication ou exposition
- Autorise mon enfant mineur à participer au concours

Fait à Lesterps le ____/____/____

SIGNATURE DU CANDIDAT

Ou de son représentant légal