

AUTORISATIONS

Je soussigné

Madame, Monsieur : *identification du (des) responsable(s) de l'enfant*

Demeurant :

.....

autorise, en ce qui concerne l'enfant :

né le :

Madame, Monsieur : *identification de l'assistant(e) maternel (le)* :

Demeurant :

A PARTICIPER A DES ACTIVITES D'EVEIL

	oui	non	exceptionnellement seulement
AU RELAIS ASSISTANTS MATERNELS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES LIEUX PETITE ENFANCE (bibliothèques, médiathèque, piscine...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A LE PHOTOGRAPHER OU LE FILMER

	oui	non
- à l'occasion des différentes activités proposées (ateliers, fêtes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à publier la ou les photographie(s) dans les journaux ou sur le mini site du Relais ou diffuser le(s) film(s) dans le cadre suivant : Présentation du Relais Assistantes Maternelles au public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du parent :