

**AUTORISATION PARENTALE DE
PARTICIPATION AUX MATINEES D'EVEIL**

Année 2016-2017

JE SOUSSIGNE (parent(s) ou responsable de l'enfant)

Nom et Prénom :.....
Qualité :.....
Adresse.....
Téléphone.....
Email.....

Autorise

Nom et Prénom
Qualité : Assistante Maternelle Agréée ou Garde à domicile

A participer aux activités organisées par le Relais Assistants Maternels Cœur Pays de Retz :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance:

DROIT A L'IMAGE

Article 9 du Code Civil (droit au respect de la vie privée) et article 544 du Code Civil (droit du propriétaire d'un bien)

J'autorise mon enfant a être photographié ou filmé pour les supports de communication et de promotion de la structure (bulletin communautaire, plaquettes, expositions ...) :

OUI

NON

Pendant toute la durée de l'activité, l'enfant est sous la responsabilité de son assistant maternel

Date :

Signature des parents
ou de la personne responsable