



ENFANT(S)

Nom	Prénom	Date de naissance

Nom de l'Assistant Maternel ou de l'Employé à domicile :

PARENTS

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM Prénom Adresse : Code postale : Ville : Téléphone :	NOM Prénom Adresse : Code postale : Ville : Téléphone :

Durant les ateliers, l'enfant reste sous la responsabilité de l'adulte accompagnateur.

AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX ATELIERS DU RELAIS PETITE ENFANCE

Je soussigné(e) autorise Mr ou Mme
Assistant Maternel(le) à participer avec mon enfant aux rencontres et ateliers
d'éveil proposés par le Relais Petite Enfance.

Fait à, le

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

AUTORISE

N'AUTORISE PAS

Le Relais Petite Enfance à prendre en photo mon ou mes enfant(s) et les diffuser sur des supports de communication écrit ou numérique (site internet, Facebook) de la Communauté de Commune, des communes et de la presse locale ...

Fait à , le
Lu et approuvé Signature du ou des parents