

**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	NOM Prénom
Adresse :	Adresse :
.....
Code postale : Ville :	Code postale : Ville :
Téléphone :	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

Lu et approuvé

Signature du ou des parents :

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 :