



AUTORISATIONS

ENFANT :

né(e) le :

Représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Email :
.....

accueilli chez l'assistant(e) maternel(le) :

Vaccinations à jour : Oui Non

Autorisation de participer aux activités collectives

Nous soussignés,

AUTORISONS après avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et du projet pédagogique, l'assistant maternel a se rendre avec mon enfant sur les temps d'accueil collectif proposés par le Relais Petite Enfance

Signature des parents
mention "Lu et Approuvé"

Fait à le/..../.....

Autorisation d'être photographié/filmé

Nous soussignés,

AUTORISONS que notre enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par le relais assistants maternels (journal interne, expositions, outils pédagogiques du Relais Petite Enfance)

Signature des parents
mention "Lu et Approuvé"

Fait à le/..../.....