

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

- Nom: -----
- Prénom: -----

En qualité de : -----

Domicilié(e) à (adresse complète) :-----

-----

Autorise mon enfant ou mes enfants :

- Nom: -----
- Prénom: -----
- Né(e) le: -----

A participer aux activités du Relais Assistantes Maternelles « Les Capucines »

Accompagné(s) de :

Madame :-----

Assistante maternelle agréée domiciliée à : -----

-----

Fait à :

Le :

Signature :

\_\_\_\_\_

Lors de ces rencontres et activités ludiques, j'autorise Madame Aurélie SAVY, animatrice responsable du Relais Assistantes Maternelles « Les Capucines » à photographier mon ou mes enfant(s) : -----

Dans le seul but de promouvoir le Relais et de pouvoir faire partager aux parents ce que vit (vivent) leur(s) enfant(s) au sein du RAM.

Fait à :

Le :

Signature :