



A remettre à l'animatrice du Relais Petite Enfance lors de votre première participation aux matinées rencontre.

AUTORISATION PARENTALE DE PARTICIPATION AUX TEMPS DE RENCONTRE DU RELAIS PETITE ENFANCE

Je soussigné (e) : NOMPRÉNOM.....

Commune d'habitation :

Parent de(s) l'enfant(s) : NOMPRÉNOMné le/...../.....

NOMPRÉNOMné le/...../.....

Autorise mon assistante maternelle : Madame NOMPRÉNOM

Commune d'habitation ou d'exercice :

A participer avec mon enfant aux matinées rencontre organisées par le Relais Petite Enfance de la CCVHA pôle du Lion d'Angers.

Je suis informé(e) que mon enfant peut être pris en photo à des fins exclusives de communication du Relais Petite Enfance. Je peux m'y opposer sur simple demande auprès du service.

Fait à : Le :

Signature du parent :



A remettre à l'animatrice du Relais Petite Enfance lors de votre première participation aux matinées rencontre.

AUTORISATION PARENTALE DE PARTICIPATION AUX TEMPS DE RENCONTRE DU RELAIS PETITE ENFANCE

Je soussigné (e) : NOMPRÉNOM.....

Commune d'habitation :

Parent de(s) l'enfant(s) : NOMPRÉNOMné le/...../.....

NOMPRÉNOMné le/...../.....

Autorise mon assistante maternelle : Madame NOMPRÉNOM

Commune d'habitation ou d'exercice :

A participer avec mon enfant aux matinées rencontre organisées par le Relais Petite Enfance de la CCVHA pôle du Lion d'Angers.

Je suis informé(e) que mon enfant peut être pris en photo à des fins exclusives de communication du Relais Petite Enfance. Je peux m'y opposer sur simple demande auprès du service.

Fait à : Le :

Signature du parent :