

AUTORISATION pour la participation aux TEMPS COLLECTIFS AVEC LES ENFANTS proposés par le RELAIS PETITE ENFANCE

A apporter dès la 1^{ère} rencontre

Assistant(e) maternel(le) :	
Nom :	Commune :
Prénom :	Téléphone :

✓ Je reconnais avoir pris connaissance de **la brochure présentant les temps collectifs avec les enfants** et je m'engage à en respecter le cadre pour le bien-être de tous.

Date et signature :



<u>Enfant :</u>	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
<u>Parents ou Responsables légaux de l'enfant :</u>	
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :

J'autorise/nous autorisons la participation de mon/notre enfant aux temps collectifs proposés par le Relais.

✓ Je reconnais/nous reconnaissons avoir pris connaissance de **la brochure présentant les temps collectifs avec les enfants** et je m'engage/nous nous engageons à en respecter le cadre pour le bien-être de tous.

✓ **DROIT A L'IMAGE :** J'autorise/nous autorisons la prise en photo de mon/notre enfant au sein d'un groupe lors de ces temps collectifs et la diffusion éventuelle de ces photos sur les publications communales :

oui

non

Date et signature(s) :

Merci de signaler sur ce document **toute information complémentaire qu'il vous semble essentiel de communiquer au Relais Petite Enfance pour le bien-être de votre enfant sur les temps de rencontres** (allergies alimentaires, affections respiratoires chroniques, doudou, tétine...) :

