

## AUTORISATION DE PARTICIPATION AUX TEMPS COLLECTIFS

*Les parents* ↓

Monsieur..... Madame.....  
Parents de..... Né(e) le .....

Adresse :

.....

N° de téléphone : .....

autorisent Mme ou Mr ..... Assistant Maternel à :.....

➤ Participer avec leur(s) enfant(s) aux temps collectifs organisés par le Relais Assistantes Maternelles *dans sa commune* :

Oui  Non

➤ Participer avec leur(s) enfant(s) aux temps collectifs organisés par le Relais Assistantes Maternelles *dans une autre commune que la sienne* :

Oui  Non

➤ Participer avec leur(s) enfant(s) aux animations organisées par le Relais Assistantes Maternelles hors des temps collectifs :

Oui  Non

### DROIT A L'IMAGE

Nom et prénom de l'enfant :

.....

J'autorise  Je n'autorise pas  l'exploitation par la Communauté de communes du Pays de Bièvre-Liers des photos de mon enfant pour parution dans la presse ou toute autre utilisation (affiches, illustration du site Internet, magazine Bièvre-Liers info, ...)

Fait à .....

Le : .....

**Signature des parents ou de la personne qui détient l'autorité parentale**

Un exemplaire de ce document sera remis à l'animatrice du Relais Assistantes Maternelles.