

AUTORISATION

Je, soussigné(e), Mme / M. :

Adresse :

Autorise

Mme / M. :, assistant(e) maternel(le) agréé(e) de mon/mes enfant(s)

Nom : Prénom : Nom : Prénom :

Nom : Prénom : Nom : Prénom :

à participer aux activités et sorties proposées par le Relais petite enfance (RPE).

Autorise la prise de photographies (individuel ou collective) et/ou de film

dans le cadre des activités du Relais petite enfance

OUI

NON

Autorise la diffusion des photographies et/ou des films

pris lors d'événements festifs, de sorties ou de spectacles, sur les supports de communication écrits et numériques de la Communauté de Communes Gâtinais Val-de-Loing et dans la presse locale.

OUI

NON

Date :

Signature :



**Communauté de communes Gâtinais Val-de-Loing
> Relais Petite Enfance**

Alexia RENOUARD 06 27 87 70 71
Thierry LAGARDE 06 46 46 85 22

16 route de Souppes - 77570 Château-Landon
Tél : 01 64 29 20 48 @rpe@ccgv17.fr

