

# AUTORISATION

Je soussigné(e), Mme / M. : .....

Adresse : .....

### Autorise

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

Nom : ..... Prénom : ..... Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Nom : ..... Prénom : .....

**à participer aux activités et sorties mises en place par le Relais Assistantes maternelles.**

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

dans le cadre des activités du Relais Assistants Maternels

OUI

NON

**Autorise la diffusion des photographies et/ou des films**

pris lors d'évènements 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.

*(selon l'article 9 du Code Civil, droit à la protection de l'image)*

OUI

NON

**Date :**

**Signature :**

