



AUTORISATION

Je soussigné(e)
Parent de l'enfant

Déclare avoir pris connaissance du règlement de l'ACM et l'accepte

J'AUTORISE

à photographier mon enfant lors de son séjour à l'ACM

OUI NON

La diffusion sur le site de la commune des photos ou des vidéos contenant des images de mon enfant

OUI NON

Mon enfant à quitter seul l'ACM

OUI NON

Dans la négative, j'autorise les personnes majeures nommées ci-après à reprendre mon enfant en fin de journée

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Contact téléphone

Contact en cas d'urgence

Nom Prénom

N° de téléphone : domiciletravail.....

Nom de la Cie d'Assurance (Responsabilité Civile) :

N° du contrat assurant l'enfant :

Fait à le

signatures des parents ou des représentants légaux