



## Relais Petite Enfance du SIVOM du Secteur de Riailé

Si l'enfant participe aux activités du Relais, merci de remplir ce document et de le remettre à la responsable du RPE.

### Autorisations

Je soussigné, .....représentant(s) légal(aux)  
de l'enfant (nom et prénom de l'enfant) .....  
né(e) le .....

Autorise madame, monsieur, ....., assistant(e) maternel(le)  
à venir aux activités du Relais Petite Enfance avec mon enfant, restant sous sa responsabilité,  
afin de participer aux activités d'éveil.

Autorise le Relais Petite Enfance à utiliser des photographies de mon enfant pour les  
bulletins municipaux, la presse, le journal du RPE.

Autorise le Relais Petite Enfance à utiliser des photographies de mon enfant pour le site  
internet du SIVOM, le Facebook du RPE.

Pour des renseignements complémentaires vous pouvez contacter la responsable du Relais.

### En cas d'urgence

Noms et prénoms des parents : .....

Adresse : .....

Numéros de téléphone : Père .....

Mère .....

Fait à :

Le :

Signature du (des) parent(s)

Conformément aux dispositions de la réglementation RGPD du 25 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès  
et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :