



Relais Assistant(e)s maternel(le)s du SIVOM du Secteur de Riaillé

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

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 Assistant(e)s maternel(le)s avec mon enfant, restant sous sa
responsabilité, afin de participer aux activités d'éveil.

Autorise la responsable du Relais Assistants Maternels à utiliser des photographies de mon
enfant prise dans le cadre des activités d'éveil du Relais (Spectacles, Ateliers d'éveil...).

Ces photographies pourront servir à illustrer les articles relatant le travail du Relais (Bulletins
municipaux, Sites internet, Presse, Plaquette du relais).

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

N'autorise pas la responsable du Relais à utiliser des photographies de mon enfant.

En Cas D'urgence

Noms et prénoms des parents :

Adresse :

Numéros de téléphone : Père

Mère

Personne à joindre prioritairement en cas de problème de l'assistant(e) maternel(le) :

Nom :

Tél. :

Fait à :

Le :

Signature du (des) parent(s)

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit
d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :