



Pont-de-Buis  
lès Quimerch

Ouvert sur le monde

## AUTORISATION

### Relais assistant(e)s maternel(le) Baradozic



Je soussigné(e)....., représentant(e) légal(e)  
de l'enfant ..... né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse .....

Commune de.....

Téléphone fixe.....Portable.....

Adresse E-mail.....

Autorise le Relais à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre des activités du Relais Assistant(e)s Maternel(le)s. Ces photos pourront être utilisées dans le cadre des expositions ou des documents de communication réalisés par le relais assistantes maternelles, la maison de l'enfance ou la mairie.

Autorise l'assistant(e) maternel(le) de mon enfant à participer aux ateliers ainsi qu'aux sorties organisées par le relais assistant(e)s maternel(le)s. (l'assistant(e) maternel(le) devra avertir les parents de chaque sortie).

Autorise le médecin à pratiquer en urgence tous soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale et ce dans l'hôpital le plus proche.

Nom de l'hôpital vers lequel vous souhaitez diriger votre enfant.....

Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et accepte les clauses qu'il comporte.

Fait à ..... Le .....

**Signature**

Les assistantes maternelles doivent se conformer au présent règlement intérieur, qu'elles sont supposées connaître. Le non respect de celui-ci pourrait entraîner la non acceptation de l'assistante maternelle et des enfants qui l'accompagnent lors des activités.