



## RELAIS ASSISTANTS MATERNELS PARENTS ENFANTS

27 ROUTE DE SAINT AMAND 18350 NÉRONDES

TÉL : 06.59.23.68.50 / 02.48.77.62.34

### PARTICIPATION AUX ATELIERS D'ÉVEIL DU RAMPE :

Je soussigné(e) Mme ou Mr .....

Domicilié à .....

Tél domicile :.....Tél Portable :.....

E-mail :.....

Autorise

Mme.....assistante maternelle domiciliée à.....  
à participer aux ateliers du RAMPE de la Communauté de Communes du Pays de Nérondes avec  
mon enfant ou mes enfants.....

né(e) le.....

Fait le , à

Signature du responsable légal :

### AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER ET DE FILMER

Je, soussigné(e)Mme ou Mr ..... autorise ou n'autorise pas(1)  
la Communauté de Communes du Pays de Nérondes à photographier et filmer mon enfant ou  
mes enfants .....dans le cadre des activités du  
Relais Assistants Maternels Parents Enfants pour la communication interne et/ou externe (journaux,  
lettres internes...).

Fait le , à

Signature du responsable légal :

### ACCEPTATION DU RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je, soussigné(e).....parent ou assistante maternelle (1) a lu et  
accepté le présent règlement dont un exemplaire m'a été remis.

Date et signature :

(1) Rayer la mention inutile

