

VisioRelais / Saône Relais Autorisation parentale

Je soussigné(e) :

Père :

Mère :

Tuteur légal :

De l'enfant : Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Mail :

Participation aux temps d'animation

Autorise Madame, Monsieur

Assistant maternel agréé, à participer avec mon enfant aux ateliers d'éveil organisés dans le cadre des activités des relais d'assistants maternels Saône Relais situé à SAINT DIDIER SUR CHALARONNE et VisioRelais situé à MONTCEAUX.

Participation aux sorties

Autorise Madame ou Monsieur....., assistant(e) maternel(le) agréé(e) à participer avec mon enfant aux sorties organisées pour se rendre au marché de Saint-Didier-sur-Chalaronne le vendredi matin dans le cadre des activités des relais d'assistants maternels SaôneRelais situé à Saint-Didier-sur-Chalaronne et VisioRelais situé à Montceaux.

Les déplacements comme les sorties sont effectués sous la responsabilité de l'assistant(e) maternel(le) agréé(e).

Droit à l'image

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

autorise / n'autorise pas (1) les animatrices à photographier et/ou filmer lors des activités, le groupe dans lequel se trouve mon enfant mineur désigné ci-dessus.

Je donne l'autorisation à la Communauté de Communes Val de Saône Centre de diffuser lesdites photographies et images filmées de mon enfant pour les usages suivants :

- Publication éventuelle à des fins de communication dans le bulletin intercommunal ou tout autre support de communication publié par la communauté de communes
- Site web de la communauté de communes
- Presse locale
- Affichage dans les locaux de VisioRelais et Saône Relais
- Archivage des photographies dans le « journal de bord » de VisioRelais et Saône Relais

Seules les animatrices sont autorisées à photographier les enfants.

Ateliers cuisine

J'autorise / je n'autorise pas (1) mon enfant à participer aux ateliers cuisine dans le cadre des animations des relais assistants maternels.

Mon enfant ne présente aucune allergie reconnue.

Mon enfant présente une allergie à :

En cas d'urgence :

Nom et prénom de la personne à prévenir et coordonnées téléphoniques :

Je soussigné(e)autorise l'hospitalisation de mon enfant ainsi que tous les soins ou intervention chirurgicale devant être pratiqués en urgence.

J'ai pris connaissance, par le règlement intérieur de VisioRelais et Saône Relais, que chaque assistant maternel est responsable de l'enfant que les parents lui ont confié, pendant les activités d'éveil organisées dans le cadre des relais.

Données personnelles :

Je suis informé(e) que les données personnelles que je communique par l'intermédiaire de cette autorisation ne sont utilisées que pour la participation aux activités du relais, qu'elles sont destinées à la gestion administrative et la prise en charge sanitaire et sociale de mon ou mes enfants, qu'elles sont conservées pour une durée de 10 ans.

Je suis informé(e) que je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui me concernent, en m'adressant à la structure dont les coordonnées figurent en bas du présent formulaire, et que, le cas échéant, je peux introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Fait à _____ le _____

Signature des parents précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signature de l'assistant maternel précédée de la mention « Lu et approuvé » :

(1) Rayer la mention inutile



VisioRelais

Parc Visiosport 3 Rivières – 166, route de Francheleins - Le Grand Rivolet 01090 MONTCEAUX
Tél. 04 74 02 84 44 – Mail : ppe-visiorelais@ccvsc01.org – Site : www.ccvsc01.org

Saône Relais

359 rue Joseph Berlioz 01140 Saint-Didier-sur-Chalaronne
Tél. 04 74 07 85 02 – Mail : ppe-saonerelais@ccvsc01.org – Site : www.ccvsc01.org