



AUTORISATION PARENTALE

JE SOUSSIGNÉ(E)

Nom :

Prénom :

☐

⁽¹⁾ Père

☐

⁽¹⁾ Mère

☐

⁽¹⁾ Tuteur

(1) Cocher la bonne mention

Adresse :

Code postal :

Code postal :

Tél :

Mail :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom :

Prénom :

Tél :

AUTORISE MON ENFANT :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Classe :

À ÊTRE MEMBRE DU CONSEIL MUNICIPAL D'ENFANTS DE CORMONTREUIL

Et à participer activement aux projets du CME sur la période d'octobre 2026 à juin 2027.

Cette autorisation est valable pour l'utilisation de l'image de mon enfant pour tous supports (B.L.I.C., vidéo, internet...). Je déclare sur l'honneur que mon enfant est couvert par une assurance « Responsabilité civile ».

Fait à, le

☐

J'ai bien pris connaissance que les informations de ce document sont traitées en internes, plus d'informations sur le RGDP sur www.cormontreuil.fr (case à cocher)

Signature :



Cormontreuil

