



Isabelle Laurent Responsable – Animatrice – Infirmière  
Tel : **06.43.96.01.68**  
[ram@ardechedessourcesetvolcans.com](mailto:ram@ardechedessourcesetvolcans.com)  
[www.asv-cdc.fr](http://www.asv-cdc.fr)

## AUTORISATIONS PARENTALE

M..... et Mme.....  
Demeurant à .....

Responsable de l'enfant .....né le.....

- Déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur\* du Relais Assistantes Maternelles « *Ardèche des Sources et Volcans* »  
Autorisent Mme.....à participer aux activités du RAM
  
- Déclarent autoriser la diffusion des images de mon enfant (rayer les mentions refusées):
  - Utilisation des photos dans un but pédagogique pendant les temps d'accueil collectifs.
  - Affichage de photos dans le local du RAM à Lalevade d'Ardèche.
  - Diffusion sur le site de la communauté de communes « *Ardèche des Sources et Volcans* »
  - Diffusion dans la presse locale

Téléphone(s) : .....

Adresse mail : .....

Date :

Signatures avec la mention « *lu et approuvé* » :

\*En ligne sur le site de la communauté de communes « *Ardèche des Sources et Volcans* »  
rubrique *Relais Assistante Maternelle*.