LOLINA PAM
W595012530

AUTORISATION PARENTALE
Association LOLINA PAM

Je soussigné(e),

Nom : ....

Prénom : ....

Adresse : ....
....
....

☐ Autorise mon enfant ,,, à participer aux activités proposées par l'association LOLINA,PAM,

☐ Autorise les assistantes maternelles à prendre en photo mon enfant en photo au sein de l'association LOLINA,PAM,

Fait à ...., le..............................

Signature