



CONSEIL LOCAL DE LA JEUNESSE D'AUREILLE

MAIRIE d'AUREILLE

Autorisation parentale

Je soussigné(e) :

Monsieur, Nom, Prénom

Madame, Nom, Prénom

représentant légal, demeurant

Tél. fixe : Tél. portable : Mail :

Autorise mon enfant :

Né(e) le Scolarisé en classe de

Dans l'établissement scolaire :

A participer au Conseil Local de la Jeunesse d'Aureille

et à participer aux activités de ce conseil.

J'autorise les responsables à utiliser les images (photos et films) de mon enfant prises pendant les activités du Conseil Local de la Jeunesse sur les supports de communication de la Commune (journal municipal et site internet).

Je refuse que la Commune utilise les images (photos et films) de mon enfant prises pendant les activités du Conseil Local de la Jeunesse sur ses supports de communication (journal municipal et site internet).

Remarques particulières :

Date :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :