



Je soussigné(e) : Monsieur ou Madame.....

Agissant en qualité de :  père  mère  tuteur  parent exerçant le droit de gard du ou des mineur(s) suivant(s) :

1<sup>er</sup> enfant : Nom ..... Prénom.....  
né(e) le ..... à.....

2<sup>ème</sup> enfant : Nom ..... Prénom.....  
né(e) le ..... à.....

Je déclare sur l'honneur :  avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard du mineur considéré  
 être investi du droit de garde (ou) de la tutelle à l'égard du mineur considéré

**AUTORISATION PARENTALE - pour l'utilisation de l'image d'un enfant mineur et la publication de photographies**

**J'autorise / je n'autorise pas** l'association Familles Rurales sis 7 rue de la Corderie, Saint Clément de la Place (49370), à photographier lors des activités de gymnastique, le groupe dans lequel se trouve mon/mes enfant(s) mineur(s) désigné(s) ci-dessus. Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

**Je donne / je ne donne pas l'autorisation** à l'association Familles Rurales de Saint Clément de la Place d'utiliser lesdites photographies de mon enfant pour les usages suivants :  
*(dans le cas de non autorisation nous fournir une photo utilisée uniquement pour vous identifier dans les photos de groupe)*

- Publication éventuelle à des fins de communication dans le bulletin municipal de St Clément.
- Publication éventuelle à des fins de communication lors de manifestations de l'association Familles Rurales

**AUTORISATION PARENTALE - personne autorisée à venir chercher l'enfant**

**J'autorise** M ou Mme (Nom et prénom) .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
à venir chercher mon/mes enfant(s) à la salle Nicolas Touzaint.

**AUTORISATION PARENTALE – dispositions en cas d'urgence**

**J'autorise** l'animateur sportif à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident (appel médecin, pompier, soins d'urgence) en cas d'impossibilité de joindre le représentant légal ou toute personne ayant autorité pour ce type de décisions.

Numéro de téléphone pour vous joindre en cas d'urgence : ..... Nom et adresse du médecin traitant et numéro de téléphone : .....

Fait à Saint Clément de la Place,  
le .....

Signature  
*précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"*

Autorisation valable un an à compter de la date de signature