## AUTORISATION PARENTALE

## **CONSEIL MUNICIPAL JEUNES**

JE SOUSSIGNE	
Nom:	
AUTORISE MON ENFANT	
Prénom:Nom:	
Né(e) le : Classe :	
Etablissement scolaire :	
Adresse:	
Téléphone : E-mail :	
À ÊTRE MEMBRE DU CONSEIL MUNICIPAL JEUNES DE SAINTE-HÉLÈNE-DU-LAC	
et à participer activement aux projets du Communicipal Jeunes sur une période de 2 ans. Cette autorisation valable pour l'utilisation de l'image de mon enfant pour supports (bulletin communal, réseaux sociaux).	ı est
Je déclare sur l'honneur que mon enfant est couvert par assurance « Responsabilité civile ».	une
Signature :	
Fait à Sainte-Hélène-du-Lac,	
le	

1 Place de la Mairie 73800 Sainte-Hélène-Du-Lac 04 79 84 22 75 www.saintehelenedulac.com



