Coupon règlement de fonctionnement

Je soussigné(e)):	
Responsable lé	gal de :	
Reconnaît avoi		du règlement de fonctionnement de l'ALSH Trémaïdic et en
Fait à	le	
Signature		
		on de publication de l'image
Je soussigné(e)):	
Responsable lé	gal de :	
participati et d'inform	ion aux activités org	hotos de mon enfant qui auront été prise lors de sa ganisées par l'ALSH Trémaïdic sur tout support de communication romotion de l'accueil (presse écrite, site internet de l'association, H TREMAIDIC)
N'autorise	e pas la publication	des photos de mon enfant.
Fait à	le	
Signature		
	Autori	isation d'hospitalisation
Je soussigné(e)):	
Responsable lé	égal de :	
	ection de l'ALSH de état le nécessite.	e Trémaïdic à faire hospitaliser mon enfant au centre de soin le plus
Fait à	le	
Signature		