



## Autorisation Parentale

Je, soussigné(e) Monsieur, Madame ....., parents (ou tuteur légal) autorise l'association l'École à l'Hôpital et à Domicile à prendre des photos du jeune ..... lors des activités proposées par l'EAHD et à les utiliser uniquement dans le cadre de la communication de l'association.

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



École à l'Hôpital et à Domicile

Maison des Associations 24 place de la Liberté 59100 Roubaix  
☎ 06.23.02.53.25 - e-mail : [contact@eahd.fr](mailto:contact@eahd.fr) [www.eahd.fr](http://www.eahd.fr)



## Autorisation Parentale

Je, soussigné(e) Monsieur, Madame ....., parents (ou tuteur légal) autorise l'association l'École à l'Hôpital et à Domicile à prendre des photos du jeune ..... lors des activités proposées par l'EAHD et à les utiliser uniquement dans le cadre de la communication de l'association.

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

ET À DOMICILE A le

École à l'Hôpital et à Domicile

Maison des Associations 24 place de la Liberté 59100 Roubaix



# L'ÉCOLE À L'HÔPITAL ET À DOMICILE