

---

## AUTORISATION PARENTALE PROGRAMME LASER

---

Je soussigné(e), ..... (NOM et prénom)  
domicilié(e) au

.....  
.....  
..... (Adresse)

Téléphone fixe ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Autorise mon enfant ..... (NOM et Prénom),  
né le ..... / ..... / ..... à participer au programme LASER.

J'atteste être assuré en responsabilité civile auprès de la compagnie .....  
Sous le n° de contrat : ..... Pour l'année .....  
Concernant les activités scolaires et extra-scolaires (fournir une copie de l'attestation).

La collectivité s'engage à ce que la collecte et le traitement des données respectent le règlement RGPD.

Merci d'informer la responsable du programme LASER en cas de PAI. Dans tous les cas, l'enfant doit être autonome quant à la prise du médicament.

J'autorise la diffusion de photos de mon enfant dans le cadre du programme LASER (droit à l'image), sur le site de la ville, la page Facebook ainsi que le bulletin municipal (Lagnieu Votre Ville). En cas de refus, merci de barrer la phrase.

Fait à ..... le .....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé ».