

Cadre réservé à l'administration						
Adh PLLL	Assur	Année	Trim			Photo
			1	2	3	

LE PETIT THÉÂTRE
Groupe
Inscription Année 20.. /20..

NOM PRÉNOM de l'enfant :

NOMS des parents :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Travail (pendant l'heure de l'atelier) :

Tel. portable :

Mail :

★ **Autorisation photos** (merci d'entourer si ok)
 Validation par signature au dos

« Le Petit Théâtre »
Utilisation de photos
par l'association.

Je, soussigné(e)

- ★ autorise les administrateurs de l'association « Le Petit Théâtre » à utiliser dans le cadre pédagogique (site Internet, page Facebook, publications, reportages) des photos de mon enfantprises au cours des ateliers théâtre.
- ★ refuse que les administrateurs de l'association « Le Petit Théâtre » utilisent des photos de mon enfant

(Barrer la mention inutile)

Fait à.....

Le

Signature

Fiche à renvoyer à lepetitheatre@hotmai.com ou par courrier/dépôt à : Le Petit Théâtre , PLLL, 86 bis rue George Courteline, 37000 TOURS.