



**ACADÉMIE
DE MONTPELLIER**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Lycée polyvalent Geneviève de Gaulle-Anthonioz,
lycée des métiers de la santé et du social
MILHAUD

AUTORISATION PHOTO DE CLASSE

Année scolaire 26/27

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

_____ classe : _____

☐ Autorise

☐ N'autorise pas

la prise de photographie de mon enfant dans le
cadre de la photo de classe, ainsi que sa diffusion
aux familles.

Fait à _____

Le ____ / ____ / _____ Signature :