



**Autorisation de sortie
Visite Atelier pour les 12-15 ans**

Je soussigné(e) Mr et Mme

Nom

.....

Prénom

.....

En tant que représentant légal de l'enfant, autorise mon enfant :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

à quitter seul l'atelier le samedi

Fait à Paris, le

.....

Signature du représentant légal

Mention "Lu et approuvé"

**Maison Européenne de la Photographie / Service des réservations
Wafa Abida - 5/7 rue de Fourcy - 75004 Paris**