**AUTORISATION APC**

|  |
| --- |
| Pour l’année 2021/2022, et dans le cas où les APC seraient proposées à mon enfant   J’accepte que mon enfant …………………………………..……………………….. en bénéficie.   Je n’accepte pas que mon enfant …………………………………..………………... en bénéficie.  Date : Signature : |