



Personimages
Dépasser son handicap par l'expression artistique

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Afin de promouvoir les activités artistiques de ses participants, l'association « PERSONIMAGES » a recours à la réalisation de documents photographiques ou d'enregistrements vidéo pris dans le cadre des différents ateliers et événements qu'elle organise.

Ces photographies ou enregistrements sont susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association et ses pages Facebook et Instagram. Les photographies et enregistrements ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit de retrait sur les données qui vous concernent. Par conséquent, vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui est fait de ces photographies et enregistrements et exercer votre droit de retrait pour motif légitime en nous contactant à l'adresse suivante secretariat@personimages.org

PARTIE A REMPLIR PAR LA PERSONNE ET/ OU SON REPRESENTANT LEGAL (si mineur ou majeur protégé) (cocher la case correspondant à votre choix)

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce pour une durée de 10 ans à compter de la signature de la présente autorisation.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de «PERSONIMAGES » qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Je refuse d'être photographié ou filmé dans le cadre de mes activités avec Personimages

Je soussigné(e)

MAJEUR PROTÉGÉ... OUI NON

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Date et signature :

+ Autorisation par le parent/représentant légal si MINEUR(E) OU MAJEUR PROTEGE.

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur ou du majeur protégé nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale (y compris du co-titulaire éventuel de l'autorité parentale) de signer cette autorisation en son nom.

Nom du représentant légal :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Date et signature du parent/ représentant légal :