

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE
PERSONNE MAJEURE

Je soussigné(e) :

Monsieur

Madame

NOM :

PRENOM :

TEL :

MAIL :

Déclare avoir 18 ans ou plus et pouvoir signer ce formulaire en mon nom.

J'autorise

Je n'autorise pas

Le Collectif Handicaps, ou son représentant à me filmer ou me photographier en vue d'une reproduction sur tout type de publication dans le but d'une conservation, diffusion et/ou représentation par télédiffusion en direct ou en différé sur tout ou partie des différents supports de communication externe ou interne du Collectif Handicaps. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans et est accordée à titre gratuit à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche. Cette exploitation ne devra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou à tout autre utilisation préjudiciable.

Fait en 2 exemplaires à, le

Signature

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE
PERSONNE MINEURE

Je soussigné(e) :

Monsieur

Madame

NOM :

PRENOM :

TEL :

MAIL :

Agissant en qualité de Père

Mère

Représentant.e légal.e

Autorise

N'autorise pas

Le Collectif Handicaps ou son représentant à filmer ou photographier en vue d'une reproduction sur tout type de publication dans le but d'une conservation, diffusion et/ou représentation par télédiffusion en direct ou en différé sur tout ou partie des différents supports de communication externe ou interne du Collectif Handicaps. Cette autorisation est valable pour une durée de 10 ans et est accordée à titre gratuit à des fins exclusivement d'information, de formation, d'enseignement et de recherche. Cette exploitation ne devra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou à tout autre utilisation préjudiciable.

Fait en 2 exemplaires à, le

Signature