

Autorisation de Droit à l'Image

Pour mineur ou majeur protégé

Je soussigné(e),

- Nom, prénom du représentant légal : _____
- Adresse : _____
- Téléphone : _____
- E-mail : _____

Agissant en qualité de :

- Parent / tuteur légal / curateur / autre (à préciser) : _____

Du mineur ou majeur protégé :

- Nom, prénom : _____
- Date de naissance : _____

Objet de l'autorisation

J'autorise expressément, à titre gratuit la Société Francophone de Médecine Tropicale et Santé Internationale (SFMTSI) et AdP83 à réaliser et à utiliser des photographies de mon enfant / de la personne majeure protégée, dans le cadre des activités suivantes :

- Événements, sorties, ateliers, manifestations, etc. (à préciser)

Les images pourront être utilisées sur :

- Supports imprimés (brochures, affiches, etc.)
- Site internet, réseaux sociaux
- Tout autre support de communication lié à l'activité de l'organisme

Durée de l'autorisation

Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'activité.

Limites et précisions

Je comprends que cette autorisation ne porte pas atteinte à la vie privée ni à la dignité de la personne concernée. Aucune exploitation commerciale directe ne sera faite de ces images.

Je peux retirer cette autorisation à tout moment, sur simple demande écrite.

Signature du représentant légal

Date

Mention manuscrite : « Lu et approuvé »

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant auprès de l'organisme indiqué.