

AUTORISATION PARENTALE
Droit à l'image

Association
FEUILLAVENIR

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM			
Prénom			
Date de naissance	/ /	/ /	/ /
ADRESSE			
Mère		Père	
NOM / Prénom :		NOM / Prénom :	
Adresse :		Adresse :	
Tel : _____ Port : _____		Tel : _____ Port : _____	
E.mail : _____		E.mail : _____	

Nous, soussignés,

(mère) _____,

(père) _____,

représentants légaux de(s) (l')enfant(s) NOM – prénoms : _____,

Nous autorisons l'Association Feuillavenir à fixer, reproduire, communiquer et modifier par tout moyen technique les photographies réalisées pendant les activités de l'Association Feuillavenir (activités vacances scolaires, manifestations, camp d'été, etc...).

Celles-ci pourront être reproduites en partie ou en totalité sur tout support (papier, numérique, magnétique, tissu, plastique...) et intégrées à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations...) connus et à venir.

Nous autorisons la diffusion et la transmission des photos de notre/nos enfant(s) prises pour rendre compte et faire connaître les activités de l'association :

- sur Internet (Sites de la Mairie, Association Feuillavenir...)
- dans la presse
- dans toutes les publications municipales (Vivre Ensemble à La Feuillade – La Feuillade Info)
- sur tous les supports (CDROM, DVD, livret, exposition...)

Fait à (lieu) : _____

Le (date) : _____

Signature
Père

Signature
Mère