



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE 2017/2018



L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Ecole : Classe :

Nom du Professeur :

Adresse de la Famille :
.....

N° allocataire CAF : (à compléter obligatoirement)

Adresse mail des parents :

Je soussigné(e)responsable légal(e) de l'élève ci-dessus déclare :

Autoriser à

Ne pas autoriser à

1 : photographier et filmer mon enfant dans le cadre des activités péri et extra-scolaire.

2 : reproduire et diffuser ces images sur les supports suivants : papier, CD Rom ou DVD, site internet de la Commune.

Cette autorisation ou ce refus d'autorisation est valable pour toute l'année scolaire 2017/2018

Fait à le

Signature du responsable