

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

NOM : PRÉNOM :

NOM D'ÉPOUX(SE) :

Veillez cocher :

Autorise, à titre gratuit l'IFPS du Centre Hospitalier d'Agen-Nérac à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFPS (projet pédagogique, rapport d'activité, site internet de l'IFPS, page Facebook, page Instagram ...)

N'autorise pas, à titre gratuit l'IFPS du Centre Hospitalier d'Agen-Nérac à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFPS (projet pédagogique, rapport d'activité, site internet de l'IFPS, page Facebook, page Instagram ...)

A le

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la Direction de l'IFPS.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. Dans le cas contraire votre signature doit être doublée de la signature de votre représentant légal.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à le

Signature du représentant légal

Signature de l'étudiant(e)