

**AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE DANS LE CADRE D'UNE
ACTIVITE SCOLAIRE**

Je soussigné(e)

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : **Ville :**

Agissant en qualité de représentant légal de l'élève mineur, ou d'élève ou étudiant majeur

AUTORISE :

- La prise d'une ou plusieurs prise(s) de vue (captation, fixation, enregistrement, numérisation).
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs prise(s) de vue à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient, entreprises dans le cadre de l'établissement et de sa mission d'enseignement, et sur quelque support que ce soit.

**De
NOM PRENOM**

CLASSE

**Date :
Signature :**

Vous pouvez vous opposer à une telle fixation et diffusion.
En l'absence de réponse de votre part dans un délai de 2 MOIS à compter de la réception de la présente, votre accord à la fixation et la diffusion, de votre image sera réputé acquis.
Conformément à la loi, le libre accès aux données qui concernent ce droit à l'image est garanti.
Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données au moyen du coupon ci-joint.

✂ ✂ ✂ ✂ ✂

DEMANDE DE RETRAIT(S) EN REGARD DU DROIT A L'IMAGE

LE (LA) SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : **Ville :**

DEMANDE EXPRESSÉMENT au chef d'établissement le retrait de l' (des) image(s) représentant :

NOM PRENOM CLASSE :

du (des) support(s) ci-après désigné(s) :
.....

**Date :
Signature :**