

AUTORISATION DE DIFFUSION – DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

- Parents et détenteurs de l'autorité parentale de (Prénom de l'enfant) :
- Enfant majeur
- Soignant
- Partenaire

Domicilié(e)

Téléphone :

Mail :@.....

autorise l'association Le Rire Médecin à :

- me prendre en photo/vidéo
- prendre mon enfant en photo/vidéo
- utiliser les photos que je transmets à l'association

Et ce dans le cadre de la communication interne et externe de l'association.

Ces droits d'exploitation comprennent le droit de reproduction et le droit de représentation sur tout support connu ou inconnu à ce jour.

Votre image et/ou celle de votre enfant sont susceptibles d'être diffusées dans le cadre des campagnes du Rire Médecin, des activités de communication et de sensibilisation du grand public dans un but d'informations et d'actualités du Rire Médecin.



Cette autorisation est faite étant entendu pour le Monde entier et pour une durée de 20 ans. Elle est consentie à titre gracieux.

Le Rire Médecin respecte la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 « le règlement européen sur la protection des données ou RGPD ».

Nous déclarons que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de notre image sont faites avec mon accord, ne portent en aucun cas atteinte à ma vie privée et ne me causent aucun préjudice.

Nous souhaitons recevoir des informations de l'association Le Rire Médecin.

Fait à, le

Cas d'un enfant mineur :

Signature du représentant légal 1 :

Nom, prénom :

Lien avec l'enfant :

Signature du représentant légal 2 :

Nom, prénom :

Lien avec l'enfant :

Cas d'un adulte (enfant majeur, soignant, partenaire, etc.) :

Signature de la personne concernée :

Nom, prénom :

Qualité / Fonction :