

# AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE (Mineur)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du parent / représentant légal :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

.....

Email :

.....

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom et prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Autorisation d'utilisation de l'image du mineur

Dans le cadre de :

(Préciser l'événement, la séance photo, l'activité...)

.....

J'autorise / Je n'autorise pas la prise de photographies et/ou vidéos de mon enfant.

☐ **J'autorise** l'utilisation et la diffusion de l'image de mon enfant sur les réseaux des Centres Spécialisés de l'Obésité des Hauts de France,

☐ **Je n'autorise pas** l'utilisation et la diffusion de l'image de mon enfant

En cas d'autorisation, cette diffusion pourra se faire sur les supports suivants des réseaux des Centres Spécialisés de l'Obésité des Hauts de France :

☐ Réseaux sociaux

☐ Site internet

☐ Supports imprimés (flyers, affiches, brochures)

☐ Presse

☐ Autres : .....

Cette autorisation est consentie à titre :

☐ Gratuit

☐ Sans limitation de durée

Je reconnais avoir été informé(e) que cette autorisation peut être retirée par écrit à tout moment.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du parent / représentant légal :

(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")