



## FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Autorise l'association Saintes Apnée à me photographier et me filmer dans le cadre des différents événements que l'association organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de Saintes Apnée qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Date et signature : .....

### Autorisation par le parent ou représentant légal si mineur (e)

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Date et signature du parent ou représentant légal : .....