

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Année Universitaire 2024 – 2025

1^{er} Cycle : 2^{ème} cycle

Je, soussigné(e), (nom/prénom)

Adresse :

Code postal Ville :

Téléphone Mail :

Autorise, **à titre gratuit, l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de REéducation des Hôpitaux Paris Est Val de Marne située au 12 rue du Val d'Osne 94410 SAINT MAURICE**

- A me filmer, à me photographier, à enregistrer ma voix, à l'occasion de l'élaboration de supports pédagogiques et/ou la participation à des manifestations organisées par l'institut de formation ou l'Institution.
- À effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif (papier, PP)
- Intranet des Hôpitaux de Saint Maurice
- À publier ces images sur le web.
- À les graver sur DVD
- Autres :

Je peux me rétracter à tout moment sur simple demande écrite à **Mme Isabelle ABOUSTAIT-ARNOULD Directrice de l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de REéducation des Hôpitaux Paris Est Val de Marne**

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.

n'autorise pas, **à titre gratuit, l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de REéducation des Hôpitaux Paris Est Val de Marne située au 12 rue du Val d'Osne 94410 SAINT MAURICE** à me filmer, à me photographier, à enregistrer ma voix, à l'occasion de l'élaboration de supports pédagogiques et/ou la participation à des manifestations organisées par l'institut de formation ou l'Institution, à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif (papier, PP) sur l'intranet des Hôpitaux de Saint Maurice à publier ces images sur le web ou à les graver sur DVD.

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 compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à Le

Signature :

Nota Bene : Pour les étudiants (es) mineurs (es), l'attestation doit être également signée par la mère, le père ou le représentant légal de l'étudiant.