



## AUTORISATION DE DROIT D'IMAGE / MINEUR

Je soussigné(e),

Mme, Melle, Mr, Responsable légal

.....

Domicilié(e) à : .....

Tél : .....

Autorise mon enfant :

(NOM, PRENOM).....

à être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéo effectué pour :

L'Ecole d'Arts Martiaux St-Paul/La Colle

Et j'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de l'Ecole d'Arts Martiaux St-Paul/La Colle, dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du responsable légal,