FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e), ...

Adresse : . . . . . .

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

autorise l'Association ABSSY Plongée à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements ou activités 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 support 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 d'ABSSY Plongée qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. En contrepartie ABSSY Plongée s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

Date et signature :

Autorisation par le parent/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 : . . . . . .

Date et signature du parent/représentant légal :