



## **Autorisation de droit à l'image**

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise la structure Hippo'Strophe – en la personne de Warren ZOLLER- dont le siège est situé au 71 impasse du faisan, lieu dit St Lazare, 73410 ST Girod - ENTRELACS et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques durant les prises en soin de l'enfant dont je suis responsable légal :

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment pour : travail d'accompagnement avec la personne concernée, presse, livre, supports numérique, formation, exposition, projection publique, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »