

Autorisation de droit à l'image et de diffusion de vos photos

Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Autorise l'Association Française du Syndrome d'Angelman (AFSA) représentée par :

NOM : Laporte

Prénom : Denise

Adresse : 81 rue de Réaumur

Code postal : 75002

Ville : Paris

A reproduire ou présenter la ou les photographies/vidéos me représentant / ou représentant mon/mes enfants..., et dont une copie signée et datée par mes soins figure ci-joint (ou la liste des images), pour les usages suivants :

- Base de travail pour la réalisation de fiches et/ou de formations à destination des familles adhérentes de l'AFSA
- Publication dans le Bulletin AFSA-Liaisons
- Présentation en public lors de manifestations organisées par l'AFSA
- Présentation sur le site et la page Page Facebook de l'AFSA : www.angelman-afsa.org
- Publication dans les autres supports de communication de l'AFSA
- Autres : ...

Cette autorisation est valable jusqu'au 1^{er} janvier 2018

Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou des photographies ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

Fait à , le

Signature :