

Formulaire d'autorisation de droit à l'image

Personne majeure

Je soussigné(e) :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Personne majeure sous tutelle

Je soussigné(e) :

Nom :

.....

Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

Représentant(e) légal(e) de :

Nom :

.....

Prénom :

.....

résidant à l'EHPAD du Centre Hospitalier du pays de Craponne sur arzon, 43500 Craponne sur Arzon,

autorise – n'autorise pas (barrer la mention inutile)

la prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,

La diffusion des photographies réalisées pour les usages suivants :

Exposition de photographies au sein de l'établissement,

Publication dans le journal des résidents,

Publication sur le site internet de l'établissement,

Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale et aux partenaires

(associations)

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à l'article 9 du code civil, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

Date :

Signature :