



## **AUTORISATION PHOTOGRAPHIES FILM ET DIFFUSION**

\* Je soussigné(e), Mme, Mr : (\* Participant ou représentant légal)

---

Nom du ou des licenciés concernés :

---

Certifie être consentant(e) à la prise de vues et à leurs diffusions par « l'école d'arts martiaux de Simiane-Collongue » sur différents supports, abandonnant les droits à l'image, dans le respect de la législation en vigueur en France et suivant les règles déontologiques de la protection de la ou des personnes photographiées à l'occasion des différentes activités proposées.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature :

Le : \_\_\_\_\_

---

## **AUTORISATION REPRESENTANT LEGAL (pour mineur uniquement)**

\* Je soussigné(e), Mme, Mr : (\* Participant ou représentant légal)

---

Autorise mon fils / ma fille ::

---

à pratiquer une activité proposée à l'école d'arts martiaux, reconnais avoir en ma possession le règlement intérieur du club, l'avoir lu et l'approuver.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature :

Le : \_\_\_\_\_