

DEMANDE DE PRISE ET DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIE

(pour une personne majeure)

JE SOUSSIGNE(E) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

AUTORISE :

- La prise d'une photographie (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me représentant
- La diffusion et la publication de la photographie me représentant dans le cadre de la campagne d'affichage de STOP SUICIDE en rapport avec la Journée mondiale de prévention du suicide du 10 septembre.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, votre image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Lieu :

Date :

Signature de la personne :

Signature du photographe :