



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Centre Hospitalier Charles Perrens



FORMULAIRE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom :.....**Prénom :**.....

Autorise, à titre gratuit, l'IFSI Charles Perrens

- à utiliser mon image prise dans le cadre de ma formation pour promouvoir l'IFSI (projet pédagogique, rapport d'activité, site de l'IFSI...)

À..... le

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à la directrice de l'IFSI.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à le

Signature :