


SOINS D'URGENCE / DROITS A L'IMAGE
MATERNELLE / PRIMAIRE

NOM : **Prénom :** **Classe :**

AUTORISATION POUR SOINS D'URGENCE

Je soussigné autorise le chef d'établissement à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions nécessaires.

Médecin traitant : 

Fait à Béziers, le signature du ou des responsables :

AUTORISATION POUR LE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné

représentant légal de l'enfant scolarisé pour l'année 2023/2024 en classe de au sein de l'établissement Notre-Dame Saint-Pierre, autorise, pendant la durée de la période de scolarisation précitée, les membres du personnel enseignant de l'école à :

photographier et filmer l'enfant au cours des activités scolaires

utiliser les photos et les vidéos de l'enfant dans un cadre strictement pédagogique

utiliser les photos de l'enfant pour la publication de la gazette NDSP

réaliser un DVD comportant les photographies et vidéos précitées de l'enfant aux fins de diffusion auprès des parents d'élèves

diffuser les photographies et les vidéos de l'enfant par le biais du site Internet, de la chaîne YouTube, du compte Facebook ainsi que du compte Instagram de l'ensemble scolaire

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image (fixe ou animée de l'enfant)

Merci de cocher les cases

Fait à Béziers, le Signature du ou des responsables :