



Orphelinat Maçonique

« Ils ont besoin de Nous ; nous avons besoin de Vous »

Objet : Autorisation de filmer, de photographier, de publier des images, des écrits d'un(e) mineur(e)

Je soussigné(e), (nom du parent ou du tuteur légal)

NOM : **PRÉNOM :**

Adresse :

Code postal :

Pays :

Tel :

Email :

Agissant pour le(la) mineur(e) @ (Nom, prénom et date de naissance du(de) la) mineur(e))

.....
.....

Autorise, à titre gratuit, l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique à filmer, photographier, publier les écrits communiqués de (Rappel du nom et prénom de l'enfant),.....

à publier des images le(la) concernant et en rapport avec l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique,

- à effectuer un montage, reproduire, dans un but non lucratif, ces images ou écrits,
- à publier ces images ou écrits sur le web (uniquement sur le site de l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique www.sjom.fr),
- à les graver sur DVD restant la propriété exclusive de l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique.

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite, à l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique 90 rue du faubourg Saint-Martin à 75010-PARIS ou bien par e-mail à contact@sjom.fr

Je m'engage à ne pas tenir pour responsable l'Association précitée, ainsi que son Conseil d'administration, et toute personne agissant avec sa permission, pour tout ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction et publication.

Par ailleurs, j'ai noté, que conformément à la réglementation s'appliquant en matière de protection des données personnelles, l'Association Solidarité Jeunesse-Orphelinat Maçonique s'engage à en respecter les obligations de sécurité et de confidentialité à l'égard des tiers ou autres organismes qui ne pourront en aucun cas y avoir accès.

J'autorise le stockage des documents qui me sont demandés lors de la constitution de mon dossier ainsi que les documents pour les re actualisations annuelles le temps que mon dossier est actif majoré de trois ans.

Cette autorisation sera reconduite de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare être compétent à signer ce formulaire au nom du (de la) mineur(e). J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à le
(Précédée de ma mention "bon pour autorisation")

Signature