



ASSOCIATION LES Z'ATYPIQUES 74

Autisme, TND, TDAH, DYS & Handicaps associés

FICHE D'AUTORISATION

Nom:

Prénom:

Adresse:

Tel & mail:

En adhérant à l'association, je m'engage à respecter son règlement intérieur & ses statuts.

J'ai compris qu'en cas de nécessité, et tel que prévu dans le règlement intérieur et les statuts, l'association (par le biais de ses membres dirigeants) pourra être amenée à prendre des mesures allant du "simple rappel" à "l'exclusion définitive de l'association" sans qu'aucune contrepartie financière ne puisse être réclamée à l'association.

J'autorise* / Je n'autorise pas* LZA74 à me prendre en photo/vidéo pendant les activités organisées par l'association ***sans floutage du visage* / avec floutage du visage****.

J'autorise LZA74 à afficher ces photos et leur publication éventuelle sur les supports interne et/ou externe de l'association (journal, site internet, Facebook...) J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

J'autorise* / Je n'autorise pas* LZA74 à prendre mon / mes enfant(s)**
.....en photo/vidéo pendant les activités organisées par l'association ***sans floutage du visage* / avec floutage du visage****. J'autorise LZA74 à afficher ces photos et leur publication éventuelle sur les supports interne et/ou externe de l'association (journal, site internet, Facebook...) J'ai pris bonne note que cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

Le / / à

Signature + mention "Lu & approuvé" :

Fiche d'autorisation à remplir, dater et signer , puis à renvoyer par mail à : associationlza74@gmail.com

**rayer la mention inutile et ** compléter s'il vous plaît.*