

## **Autorisation de droit à l'image**

**Ecole Beth Israël R.E.V.E**

Je soussignée, (nom du parent/tuteur légal)

**Nom :**

**Prénom :**

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Parents de(s) enfant(s) :

-  
-  
-  
-

Autorise la Direction de l'Ecole Beth Israël – R.E.V.E à prendre mon/mes enfant(s) en photo ou le(s) filmer.

Ces photos et/ou clip vidéo ne sont utilisables qu'à des fins internes (information ou promotion des activités de notre l'école).

Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.

Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par l'école est garanti, de même que le droit de retrait.

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant legal :