

## Autorisation du droit à l'image

### Attestation valable pour toute la durée de votre formation

Je, soussigné (e), Madame / Monsieur .....

Né(e) le .....étudiant(e) / élève / stagiaires à l'Institut de Formations en Santé de Villefranche sur Saône :

- Autorise l'Institut de Formations en Santé à me photographier ou me filmer dans le cadre de mes enseignements théoriques et pratiques organisés par l'IFAS.  
Les photographies et/ ou films pourront être exploitées et utilisées directement par l'institut de formations sanitaires, sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, réseaux sociaux y compris, intégralement ou partiellement, sans limitation de durée.
- N'autorise pas l'Institut de Formations en Santé à me photographier ou me filmer dans le cadre de mes enseignements théoriques et pratiques organisés par l'IFAS.

L'Institut de Formations en Santé s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à .....

Le .....

Signature de l'étudiant et signature(s) du ou des parents de l'étudiant mineur précédée(s) de la mention « lu et approuvée »