



## Autorisation de reproduction et de représentation de photographie

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Le cas échéant, \_\_\_\_\_

Représentant légal de M / Mme \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

- Autorise
- N'autorise pas

Le personnel de l'établissement à me photographier.

En cas d'autorisation j'accepte que l'établissement utilise mon image pour :

- Affichage, reproduction et diffusion au sein de l'établissement
- Affichage, reproduction et diffusion en dehors de l'établissement
- Affichage, reproduction et diffusion sur les réseaux sociaux

Ces utilisations pourront être réalisées par le bénéficiaire de l'autorisation ou par des tiers.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ou tout autres exploitations préjudiciables. Il s'efforcera, dans la mesure du possible, d'informer et de justifier chaque parution sur simple demande. Il mettra tout en œuvre pour encourager les tiers, disposant et utilisant lesdites photographies, à faire de même.

Je me reconnais être entièrement rempli(e) de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des dites représentations et reproductions.

Je garantis que je ne suis pas lié(e) par contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

En cas de non-respect, de manquement ou de litige nés de l'interprétation ou de l'exécution de la présente autorisation, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

L'autorisation est révoquée à tout moment.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature :