

## Attestation

### Autorisation de droit à l'image et de communication des coordonnées personnelles

Je, soussigné(e), (nom/prénom de l'étudiant) .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville.....

Téléphone : .....

Mail : .....@.....

Autorise, à **titre gratuit**, l'Ecole de Sage-femme -Sorbonne Université

Représenté par Priscille Sauvegrain, Directrice

- à me filmer, à me photographier, à enregistrer ma voix, à l'occasion de l'élaboration de supports pédagogiques et/ou la participation à des manifestations organisées par l'institut de formation ou l'Institution.
- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif.
- à publier ces images sur le web.
- à les graver sur DVD.
- à autoriser la communication de mes données personnelles (nom – prénom – téléphone – adresse mail) dans le cadre d'une demande de recrutement au sein de l'AP-HP.

Je peux me rétracter à tout moment sur simple demande écrite à (nom, prénom du directeur de la structure)

- Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.
- Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à

Le

Signature :

Nota Bene : Pour les étudiant(e)s mineur(e)s, l'attestation doit être également signée par la mère, le père ou le représentant légal de l'étudiant(e).