Je soussigné(e),

**AUTORISATION DE DROIT A L’IMAGE**

***FIXATION, REPRODUCTION ET DIFFUSION***

**Madame/Mademoiselle/Monsieur…………………………….………………………………………….. Né(e) le………………………………**

**Demeurant à ………………………………………………………………………………………………….. Téléphone : …………………………….…………………….…………………….…………………….…… Mail : ……….…………………….…………………….……………………………………………………..**

Donne mon accord pour être photographié(e) et filmé(e) dans le cadre de mon activité professionnelle au centre Khépri Santé.

A cet effet, j'autorise **le centre Khépri Santé** à utiliser, exploiter, diffuser, en tout ou en partie, sans limite de territoire ou de durée, les images ou enregistrements réalisés avec moi.

Cette autorisation comprend le droit de reproduire, de représenter et de communiquer ce matériel au public, notamment par diffusion sur le blog Khépri Santé et sur la page Facebook du centre.

Ces dispositions sont portées à ma connaissance dans le cadre de l’application à la législation relative au respect du droit à l’image et au respect de la vie privée.

Fait en deux exemplaires pour servir et valoir ce que de droit.

**A ………..………….……, le …………………………..**

**Signature du participant**