

NOM et Prénom :		
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Nationalité :		
Adresse :		
Ville :	Code postal :	
Téléphone domicile :		
Portable de l'élève :		
Mail :		
Etablissement fréquenté l'an passé :	Classe :	
Classe redoublée dans la scolarité :		
Durée du trajet domicile/lycée :	Mode de transport :	

RESPONSABLE LEGAL 1		PERE-MERE-TUTEUR	
Nom et Prénom :			
Adresse :			
Ville :	Code postal :		
Téléphone domicile :	Portable :		
Profession :			
Téléphone professionnel :	Mail :		
RESPONSABLE LEGAL 2		PERE-MERE-TUTEUR	
Nom et Prénom :			
Adresse :			
Ville :	Code postal :		
Téléphone domicile :	Portable :		
Profession :			
Téléphone professionnel :	Mail :		

SERVICE EDUCATIF	
Si l'élève est suivi par un service éducatif,	
Nom de la structure :	
Nom du référent/éducateur :	Tél. :

SIGNATURES

Responsable légal 1	Responsable légal 2	Elève
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE / LA VOIX

A) D'UNE PERSONNE MINEURE

Je/Nous soussigné(e)s :

Domicilié(e) :

ET

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de

Je/Nous reconnais(ons) être entièrement investi(s) de mes/nos droits civils à son égard. Je/Nous reconnais(sons) expressément que le mineur que je/nous représente(tons) n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou sa voix, voire son nom.

B) D'UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussigné(e) :

Domicilié(e) :

Déclare être majeur(e) et reconnais être entièrement investis de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, voire mon nom.

autorise(sons) la captation de mon/l'image de ma/la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son établissement scolaire dans le cadre des activités pédagogique.

n'autorise(sons) pas la captation de mon/l'image, de ma/la voix de l'enfant.

Écrire visiblement le mot « REFUS » :

Le

Signature(s) :

Pour exercer vos droits

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par le Chef de l'établissement afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà de l'année scolaire relative à la présente autorisation. Les informations vous concernant ne sont transmises qu'aux seuls personnes en charge du traitement de la présente autorisation. Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus. Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpd@ac-versailles.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA80715 – Paris Cedex 07.