



Ville de Dijon

Conservatoire à Rayonnement Régional
Musique - Danse - Théâtre - Arts plastiques



AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné,

Nom Prénom

Adresse complète

Qualité père mère tuteur moi-même élève adulte (*)
(dans ce cas, ignorez le tableau suivant)

agissant en tant que responsable légal de (ou des) enfant(s)

Nom	Prénom
.....
.....
.....
.....

donne mon accord, sans contrepartie financière, pour le stockage, la reproduction, l'enregistrement et la diffusion de photos et de vidéos par les services de la Ville de Dijon, sur lesquelles figure(nt) mon (mes) enfant(s), (* ou moi-même) dans le cadre de l'utilisation détaillée ci-après :

Ces photos et vidéos présentent toujours la (les) personne(s) dans le cadre de ses activités artistiques et pédagogiques du CRR. Elles sont prises à des fins non commerciales et ont pour but de communiquer sur les activités pédagogiques et actions artistiques du CRR. Les supports peuvent être des brochures d'informations ou le site internet du Conservatoire. Sont privilégiées les photos et vidéos en groupe en veillant à ce que les élèves soient difficilement identifiables (au besoin les visages sont floutés).

n'autorise aucune prise de photos et de vidéos de mon (mes) enfant(s) (* ou de moi-même).

Fait à

le / /

Autorisation valide pour une durée de quatre années.

Signature

NB : je prends note que je peux interrompre la publication et la diffusion de ces photos et vidéos sur simple demande adressée à :
Service communication - Ville de Dijon - CS 73310 - 21033 DIJON CEDEX

Mairie de Dijon

CS 73310 - 21033 DIJON CEDEX
03 80 74 51 51 / www.dijon.fr



Ville de Dijon

Conservatoire à Rayonnement Régional
Musique - Danse - Théâtre - Arts plastiques



FICHE D'URGENCE / 2019-2020

Élève concerné

Nom Prénom Sexe

Date de naissance / / Âge au 31/12/2019 ans

Adresse complète

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom / prénom	Nom / prénom
Lien de parenté	Lien de parenté
Téléphone	Téléphone
Mobile	Mobile
Téléphone pro	Téléphone pro

Autorisation

Je soussigné,
Nom et prénom

autorise la direction du conservatoire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.

oui non

Observations particulières (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

.....

Nom et téléphone du médecin traitant

Fait à le / /

Signature