

AUTORISATION MEDICALE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e),
Nom et Prénom
Responsable légal de(s) l'enfant(s) :
.....
.....
.....

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone travail :
.....

Téléphone portable :

Médecin de famille : D^r Tél. :

Déclare :

En cas d'accident pendant l'activité musicale ou lors d'une manifestation organisée par l'école de musique, j'autorise les professeurs

- à prendre toutes les initiatives nécessaires à la sauvegarde de mon(mes) enfant(s)
- à faire appel au SAMU pour l'(les) emmener au service d'urgence d'un hôpital.

A Carbonne, le
Signature

AUTORISATION D'UTILISATION DE LA VOIX ET DE L'IMAGE (enfants et adultes)

Je, soussigné(e),
Nom et Prénom
Responsable légal de(s) l'enfant(s) :
.....
.....
.....

Déclare :

- donner à l'Ecole de musique de Carbonne et du Volvestre l'autorisation de procéder à des enregistrements vidéo du travail de mon enfant ou de moi-même dans le cadre des activités de l'association oui non
- donner à l'Ecole de musique de Carbonne et du Volvestre le droit d'utiliser et de communiquer au public sur différents supports d'information (brochures, web, cd-rom etc.) la voix et l'image de mon enfant ou de moi-même telles que fixées dans les enregistrements réalisés à l'occasion des différentes manifestations organisées dans le cadre de l'association oui non

Les sons et les images ne pourront en aucun cas être dénaturés ou détournés de leur contexte par un montage ou par tout autre procédé. La légende ne pourra porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.

A Carbonne, le
Signature