

NOM:..... PRENOM:.....

Sexe:  F  M Date de Naissance: ...../...../.....

Nationalité:.....

Adresse où réside l'enfant: .....

Code Postal..... Ville:.....

Représentant légal de l'enfant:  Père  Mère  Tuteur

NOM:..... PRENOM:.....

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre mail:

.....@.....

Adresse: .....Code Postal.....Ville:.....

Tel domicile: ..... Tel Portable: .....Tel professionnel: .....

N° Allocataire CAF: .....Caisse:.....

N° Sécurité Sociale: .....Caisse: .....

Responsable de l'enfant pouvant être contacté durant le séjour (Obligatoire)

NOM:..... PRENOM:.....

Relation avec l'enfant: ..... e-mail:.....@.....

Tel domicile: ..... Tel Portable: .....Tel professionnel: .....

Je soussigné..... représentant légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription de l'association TACT et autorise la Direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'atteste avoir pris connaissance du règlement. J'autorise que mon enfant soit pris en photos et puisse paraître dans la presse et sur le compte facebook de l'association.

Lu et approuvé

Date

Signature





## AUTORISATION DE DIFFUSION

Autorisation valable du 01 janvier 2025 au 31 décembre 2025

**JE SOUSSIGNÉ (E) :** .....

**Domicilié (e)**.....  
.....

**En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)**  
.....

**Né(e) le**.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants 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.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à ..... le

*BON POUR ACCORD,*

Signature