



mouv
santé
CLISSON

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date d'entrée :/...../.....
 ☐ 1ère inscription
 ou
 ☐ Renouvellement

Nom :

Prénom:

Adresse :

Date de naissance :

Sexe :

Téléphone :

E-mail :

Inscription newsletter :
 OUI / NON

Médecin traitant :

Engagement choisi :
 3 MOIS - 6 MOIS - 9 MOIS

Date du paiement :

Mode de paiement :

Personne à contacter en
 Nom Prénom :

cas d'urgence :
 Numéro de téléphone :

- Merci de nous retourner votre dossier accompagné de :
- 1 certificat médical
 - 1 copie de pièce d'identité
 - 1 autorisation de droit à l'image
 - 1 règlement intérieur lu et signé
 - 1 règlement correspondant au montant de votre abonnement par chèque ou en espèces

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom:

Adresse :

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise et je demande à AGIR CONTRE LA MALADIE, dont le siège est situé au 13 Rue Des Filatures, 44190 Clisson :

J'autorise Agir contre la maladie à :

- ☐ me filmer
- ☐ me photographier
- ☐ m'interviewer
- ☐ utiliser mon image
- ☐ diffuser le nom de mon association

En conséquence, j'autorise AGIR CONTRE LA MALADIE, propriétaire du site/de évènements, etc. à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris(es) dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s :

- directement par le propriétaire du **site/des évènements, etc.** sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), dans le monde entier, sans aucune limitation, intégralement ou par extraits, pour une durée de 10 ans à compter de la signature de la présente autorisation.
- cédé(e)s à des tiers, dans les mêmes conditions.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution ou diffusion des photographies, films et/ou interviews sur simple demande.

Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à, le

Signature du représentant
AGIR CONTRE LA MALADIE :

Signature de la personne photographiée, filmée
et/ou interviewée * précédée de la mention « bon
pour autorisation » :