



Autorisation d'être filmé(e)

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Autorise le CRA Limousin, établissement du CHU de Limoges, à diffuser dans le cadre de l'action Journée Mondiale de l'Autisme 2025 les visuels réalisés où apparaissent ma personne/ l'enfant dont je suis le représentant légal.

Nom et prénom du mineur le cas échéant _____.

En conséquence, j'autorise l'auteur à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les visuels réalisés dans le cadre de la présente autorisation.

Les films et images pourront être exploités et utilisés directement par l'éditeur sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (affiches, livrets, plaquettes...), et électroniques (internet, intranet, e-mailing...), dans le monde entier, sans aucune limitation, intégralement ou par extraits.

Je me reconnais en pleine possession de mes moyens, de mes droits et ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présents.

Fait à, le, de bonne foi.

Signature