



# Ecole d'Arts Martiaux de Simiane-Collongue

## AUTORISATION PHOTOGRAPHIES FILM ET DIFFUSION

\* Je soussigné(e), Mme, Mr :  
(\* Participant ou représentant légal)

Nom du ou des licenciés concernés :

Certifie être consentant(e) à la prise de vues et à leurs diffusions par « l'école d'arts martiaux de Simiane-Collongue » sur différents supports, abandonnant les droits à l'image, dans le respect de la législation en vigueur en France et suivant les règles déontologiques de la protection de la ou des personnes photographiées à l'occasion des différentes activités proposées.

Fait à :

Le :

Signature du participant  
Et/ou du représentant légal.