

FICHE D'AUTORISATION

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur

Résidant à l'adresse suivante :

Père /mère/ responsable légal de

- Autorise l'association HYLA STUDIO à procéder à l'hospitalisation de mon fils /ma fille ou adhérent adulte en cas de besoin durant les cours de danse à La Dance School Vallée vers l'hôpital le plus proche
- Autorise le droit à l'image dans le cadre de la réalisation d'un document photographique ou vidéographique à usage d'information et de communication : oui / non
- Autorise mon fils ou ma fille ou adhérent majeur à se produire sur scène lors de spectacles organisés par l'association.

DROIT D'AUTEUR

- Accepte de ne pas utiliser les chorégraphies et les montages vidéo de HYLA STUDIO dans un but autre que lors des prestations de l'association HYLA STUDIO ou sans l'accord de l'association.
- J'atteste ne pas utiliser le nom de l'association HYLA STUDIO dans un but personnel ou autre à l'association .

Fait à, le//.....

NOM , PRENOM ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL :