

Autorisation de prise de vue

École Jules Ferry
88, rue des marais
27760 Zozes

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Tout au long de l'année, dans le cadre de nos activités pédagogiques, nous utiliserons des photos prises dans le cadre d'activités scolaires.

La loi nous fait obligation d'avoir votre autorisation écrite pour l'utilisation et le droit à l'image de votre enfant.

Afin de mener à bien nos projets de classe, merci de nous retourner au plus vite, l'autorisation ci-dessous :

Madame, Monsieur,

Autorise(nt) les enseignants de l'école Jules Ferry à utiliser, dans le cadre pédagogique, des photos de leur enfant..... prises au cours des activités scolaires, pour l'année 2023/2024.

Refuse(nt) que l'école utilise des photos de leur enfant.

Merci de noter tout renseignement qui pourrait nous être utile.

ÉLÈVE

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe : M O F

né(e) le : ___ / ___ / ___ Lieu de naissance (commune et département) _____

Adresse _____

Code postal : _____ Commune _____

INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____

Tél : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Problème de santé connu et traitement : _____

AUTORISATIONS

J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père : _____ Autre représentant légal : _____

Le droit d'accès et de modification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur d'école de l'école Jules Ferry, 88, rue des marais, 27760 Zozes, ou auprès des services départementaux de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 29 et 42 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases, modifiée par la loi n° 2004-809 du 6 août 2004.