

# Autorisation de prise de vue

Ecole Jules Ferry  
88, rue des mesures  
27740 Poses

## 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 2025/2026.

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  F

Né(e) le : \_/ \_/ \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTE DE L'ENFANT

NOM DU MEDECIN 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 :