

**Autorisation de droit à l'image
pour les personnes majeures**
Semaines d'information sur la santé mentale

Nom / Prénom :

Tél :

Mail :

Structure professionnelle :

Déclare autoriser l'association Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes (PS ARA) à utiliser, reproduire et diffuser les photographies que j'ai transmises dans le cadre du challenge photos des Semaines d'Information sur la Santé Mentale.

Cette autorisation vaut pour :

- la diffusion sur le site internet de PS ARA,
- la diffusion sur les réseaux sociaux gérés par PS ARA,
- la durée de la communication relative aux SISM.

Les photographies seront également susceptibles de figurer **sur les sites internet et réseaux sociaux des CLSM de la Loire.**

Je confirme que les personnes apparaissant sur la/les photographie(s) ont donné leur accord pour cette diffusion.

Je suis informé(e) que :

- Les photos ne seront utilisées qu'à des fins de communication autour des SISM.
- Cette autorisation est accordée à titre gratuit.

Je peux me rétracter sur simple demande écrite à :

Promotion Santé ARA, 62 cours Albert Thomas 69008 LYON

Tél. 04 72 00 55 70

Date :

Signature :