

**AUTORISATION DE DIFFUSION - MINEUR**

Je soussigné(e) Madame / Monsieur .....

résidant .....

accorde à la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau l'autorisation de photographeur, de reproduire ou de diffuser les photographies mettant en scène mon enfant

(Nom et Prénom de l'enfant) .....

lors de l'évènement .....

pour les usages suivants :

SITE INTERNET, PUBLICATION DANS LA PRESSE, E-MAIL, COURRIER, RESEAUX SOCIAUX

Les textes éventuels accompagnant la reproduction ne devront pas porter atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.

Autorisation valable pour une durée de 5 ans à compter de ce jour.

Fait à : .....

Le : .....

Signature