

Autorisation de droit à l'image et de diffusion

NOM :

Prénom :

Adresse :

.....
.....
.....

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

(☐ Cochez ici si la personne est mineure)

Je soussigné(e) **autorise** Alicia Guillo/AGLYPHOTOS à me photographier et/ou à photographier mon enfant

J'**autorise** Alicia Guillo/AGLYPHOTOS à diffuser les images réalisées dans le cadre d'une séance sur les réseaux sociaux :

- ☐ Instagram
- ☐ Facebook
- ☐ Site internet www.aglyphotos.com
- ☐ Portfolio professionnel <https://aliciaguillopro.myportfolio.com>
- ☐ Supports promotionnels (flyers, cartes de visite...)
- ☐ Usage commercial ou publicitaire (affiches, partenariat...)
- ☐ Exposition artistiques ou concours photos

- ☐ Je n'autorise aucune diffusion
- ☐ Je n'autorise pas la retouche ou modification créative des images (filtre, montage, recadrage...)

Fait le à

Signature du modèle (ou de son représentant légal) :

Signature du photographe :