



S._Signature Capillaire

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) [nom, prénom]

né(e) le [date de naissance]

demeurant à [adresse complète]

agissant en qualité de représentant légal de [nom, prénom de l'enfant]

né(e) le [date de naissance],

autorise la société **S._Signature Capillaire** et ses partenaires éventuels à photographier, filmer et utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de ses prestations et de sa communication.

Cette autorisation est valable pour une durée de [durée : ex. 3 ans / illimitée]
à compter de ce jour, pour le monde entier, sur tous supports de communication
(site internet, réseaux sociaux, supports imprimés, etc.), sans limitation de nombre
et sans contrepartie financière.

Je reconnais que l'utilisation de ces images ne portera pas atteinte à la vie privée
de mon enfant et ne donnera lieu à aucune rémunération.

Je peux retirer cette autorisation à tout moment sur simple demande écrite
adressée à **S._Signature Capillaire**.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature :