

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Domicilié(e) (adresse complète) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Accepte d'être pris(e) en photo dans le cadre des activités organisées par le centre PhysiConcept. En acceptant, je m'engage à ne faire aucune restriction de mon droit à l'image et de ne demander aucune contrepartie à PhysiConcept. Je donne l'autorisation à PhysiConcept de présenter mon image dans le respect des droits de ma personne pour toute diffusion et sur tous les supports utiles au centre PhysiConcept.

Fait à Lyon, le

**Nom et signature de l'adhérent précédé de la mention « lu et approuvé »**

(Ou le responsable légal pour les personnes mineures)