

AUTORISATION DE DROIT A DIFFUSER

Je, soussigné, (nom du parent/tuteur légal si mineur)

Nom :Prénom:.....

Adresse :

.....
.

Code postal :Ville :

.....

Pays :.....

tél :.....

email :.....@.....

Autorise, à titre gratuit, l'Association les Ponts de l'Espoir (Hope & Bridges)

- à diffuser ma voix et/ou celle de (Nom de l'enfant) dans le cadre du projet Mots d'Amour et sur le site.

- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces enregistrements lors de diffusions à but non lucratif.

- à publier ces voix et textes sur le site

Je souhaite que le/les prénom(s) suivants soient cités. (Si je ne remplis pas, ma participation sera anonyme).

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande à journeedelamour@gmail.com