

**AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**  
**(Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018- CODE CIVIL Article 9 –**  
**CODE PÉNAL Article 226-1)**

**DOCUMENT À REMETTRE AU SECRÉTARIAT**

Conformément à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles le libre accès aux données photographiques qui me concernent est garanti.

Les données renseignées par les apprenants lors de l'**inscription administrative** sont utilisées dans le logiciel de gestion FORMEIS. Elles permettent la saisie individuelle des apprenants dans SOLSTISS, par les organismes de formation, nécessitent un traitement de données personnelles sous la responsabilité de la Région Île-de-France qui héberge cette application. Le référent RGPD (Réfèrent de Garantie de Protection des Données personnelles), est chargé de veiller au respect des obligations des contrôles et des procédures RGPD au sein des instituts des formations paramédicales.

JE SOUSSIGNÉ-E : **Prénom** : ..... **Nom** : .....

**Promotion** : .....

Étudiant.e.

Élève aide-soignant.e.

Je reconnais avoir été informé.e que l'IFPM : (cocher la case correspondante)

Site Étampes

Site Sainte Geneviève des Bois

- ✓ Pourra effectuer, dans le cadre de différentes activités pédagogiques, des photographies et vidéos de ma personne
- ✓ Pourra exploiter la/les photographies/vidéos sur laquelle je suis reproduit.e dans un cadre exclusivement pédagogique

À compter de la rentrée scolaire et pendant la totalité de mon cursus de formation.

Je pourrai à tout moment vérifier l'usage qui est fait des photographies/vidéos et disposer du droit de retrait si je le juge utile

Je l'autorise

Je ne l'autorise pas

Je m'engage également à :

- ✓ Ne pas faire usage des images de groupe ou d'image d'autres étudiants à l'extérieur de l'Institut (réseaux sociaux...)
- ✓ Ne pas diffuser, de quelque manière que ce soit, l'image des personnels et apprenants de l'Institut de formation et/ou des personnels et patients des secteurs d'activités de soins (lieu de stage).

Je dégage la responsabilité de l'Institut en cas de non-respect de ces dispositions.

J'en accepte les conditions citées ci-dessus

**Signature Apprenant**

**Fait le** .....

Si mineur.e :

**Signature Représentant légal 1**

**Signature Représentant légal 2**