

Afin de contribuer au rayonnement et à la réalisation de la mission de ses établissements dans diverses activités promotionnelles ou éducatives, le Centre de services scolaire des Trois-Lacs (**CSSTL**) sollicite votre collaboration pour remplir le présent formulaire d'autorisation, lequel reflète le souci du CSSTL de respecter la vie privée et les droits des élèves, des parents et de l'ensemble de son personnel.

Le CSSTL (incluant ses écoles et ses centres) vous demande :

- de lui donner votre autorisation de prendre en photo, d'enregistrer l'image ou la voix ou d'utiliser le matériel réalisé par l'élève concerné(e) ci-dessous que vous représentez légalement;
- d'accepter que le CSSTL puisse utiliser l'image, la voix ou le matériel réalisé par l'élève concerné(e), dans le cadre des activités pédagogiques et corporatives du CSSTL, notamment :
 - ◆ sur les sites Internet du CSSTL ou de l'établissement fréquenté (son école ou son centre), incluant toutes formes d'applications, de plates-formes et de médias virtuels administrés par le CSSTL;
 - ◆ dans les publications internes du CSSTL, incluant ses écoles et ses centres;
 - ◆ dans les publications à l'usage de la communauté entourant l'établissement fréquenté;
 - ◆ dans les médias;
 - ◆ par tous moyens mécaniques, électroniques ou autres;
- de céder gratuitement tous les droits concernant les images, la voix ou le matériel réalisé par l'élève concerné(e);
- d'accepter que l'élève concerné(e) ne sera pas rémunérée pour les séances de photo ou d'enregistrement ni pour l'utilisation de son image, de sa voix ou pour les fins décrites plus haut par la CSTL.

J'AUTORISE LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES TROIS-LACS (INCLUANT SES ÉCOLES ET SES CENTRES)				<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Nom et prénom de l'élève <i>(en lettres moulées)</i>				Date de naissance	
				AAAA/MM/JJ	
Signature ◆ du parent / tuteur de l'élève concerné(e) OU ◆ de l'élève concerné(e) (si 18 ans et plus)				Date	
				AAAA/MM/JJ	
Identification du signataire <i>(en lettres moulées)</i>					
Ordre d'enseignement	Primaire <input type="checkbox"/>	Secondaire <input type="checkbox"/>	FP <input type="checkbox"/>	FGA <input type="checkbox"/>	
Adresse du signataire					
Téléphone du signataire					
Courriel (si élève FP ou FGA)					
Cellulaire (si élève FP ou FGA)					

Note : Les renseignements recueillis dans ce formulaire le sont afin de valider le consentement obtenu.