**Assemblée Générale**

Afin de faciliter l’organisation de ces deux jours, merci de bien vouloir renseigner et nous

Retourner le document ci-dessous à l’adresse coordination@club-reso.fr .

NOM :

PRENOM :

FONCTION :

ETABLISSEMENT :

[ ]  Participe aux deux jours d’assemblée générale

[ ]  Participe à la journée du jeudi 16 septembre

[ ]  Participe à la journée du vendredi 17 septembre

Quels sujets aimeriez-vous voir aborder à l’Assemblée Générale 2021 ? *Vos propositions serviront à établir le programme de ces deux jours ?*

Participera à la soirée conviviale du jeudi 16 septembre

OUI [ ]  NON[ ]

Viendra en voiture -(Réservation des places de parking)

OUI [ ]  NON[ ]

Aura besoin d’une attestation de présence ?

OUI [ ]  NON[ ]

Accepte d’être pris en photos à des fins de communication\*

OUI [ ]  NON[ ]

**\*Autorisation de photographier, de filmer et publier des images**

Autorise, à titre gratuit l’association RESO Réseau des Etablissements de Santé Orbis

* à me photographier et filmer lors des événements liés à l’association (Salon, Assemblées Générales, Réunions …. )
* à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif.
* à publier ces images sur le web et sur des documents de communication imprimés
* à les utiliser pour des articles de presse – dossiers de presse…

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à coordination@club-reso.fr ou par voie postale RESO – Centre hospitalier Mémorial, 715 rue Henri Dunant, 50 000 Saint-Lô.

Je m’engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d’un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J’ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation

Date et signature :

Le :

Part :