DROIT À L'IMAGE

Autorisation de prise de vue et d'utilisation des images

Ce document est **obligatoire** : il est à compléter et à signer avant votre séance. Vous restez libre de répondre oui ou non : un refus n'a **aucune conséquence** sur votre rendez-vous ni sur la qualité de mon travail.

Nom et prénom _____

1. PHOTOS POUR VOTRE DOSSIER DE SUIVI

Des photos de la zone, prises avant, pendant et après la séance, permettent de suivre votre cicatrisation et de préparer la retouche. Elles restent confidentielles et ne sont jamais publiées sans votre accord ci-dessous.

☐ Oui, j'accepte ☐ Non, je refuse

2. PUBLICATION DE MES PHOTOS

J'autorise Chloé Rebour à publier des photos de mon résultat pour présenter son travail.

☐ Oui, j'accepte ☐ Non, je refuse

MES ENGAGEMENTS

- Les photos ne sont jamais retouchées de façon à modifier le résultat de la pigmentation.
- Elles sont utilisées uniquement pour présenter mon travail, sans contrepartie financière, et ne sont ni vendues ni cédées à des tiers.
- Vous pouvez retirer votre accord à tout moment par simple message : les photos seront retirées de mes supports dans un délai raisonnable. Les partages déjà effectués par d'autres personnes ne peuvent toutefois pas être garantis.

Fait à ..... le ...../...../.....
Signature de la cliente

Chloé Rebour
Signature