# **ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

## Projet d’inclusion d’un élève malade en classe

##  Autorisation de captation vidéo

Je soussigné.e (l’enseignant.e) …………………………………………………………………………………………………...

Domicilié.e à ………………….……………………………………………………………….

autorise M./Mlle (l’élève) ………………………………………………….…….

domicilié.e …………………………………………………………………………………………………

à visionner, dans le cadre du suivi des cours depuis le domicile ou l’hôpital, la captation vidéo effectuée par l’asbl ClassContact (anciennement Take Off) de ma personne, dans le local ……………….. sis …………………………………. ;

En aucun cas, la vidéo ne sera enregistrée ou diffusée par quelque moyen que ce soit, ni à quelque endroit que ce soit.

Cette autorisation est accordée du …………. 2020 au 30 juin 2021, à compter de la signature de la présente convention.

**Engagement de l’asbl ClassContact**

ClassContact s'interdit expressément de procéder à une exploitation des captations vidéo susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes représentées. ClassContact n’exploitera pas les images sans autorisation expresse des personnes présentes sur les images ou leurs tuteurs légaux.

Fait le ……………………………. à ……………………………..………..

Signature Signature Signature
de l’enseignant.e de ClassContact de l’élève

# **ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

## Projet d’inclusion d’un élève malade en classe

##  Refus de captation vidéo

Je soussigné.e (l’enseignant.e) …………………………………………………………………………………………………...

Domicilié.e à ………………….……………………………………………………………….

refuse à M./Mlle (l’élève) ………………………………………………….…….

domicilié.e …………………………………………………………………………………………………

le droit de visionner, dans le cadre du suivi des cours depuis le domicile ou l’hôpital, la captation vidéo effectuée par l’asbl ClassContact (anciennement Take Off) de ma personne, dans le local ……………….. sis ………………………………………………..

Fait le ……………………………. à ……………………………..………..

Signature de l’enseignant.e :

Pour accord et respect, signature de l’élève :

Pour accord et respect, signature des parents :