

**AUTORISATION DE VOL**

Je, soussigné : NOM.....Prénom.....

- Mère \*
- père \*
- responsable légal \*

Adresse.....

Téléphone fixe.....

Téléphone mobile.....

De : NOM.....Prénom.....

Autorise l'association (hôpital, maison d'enfants, fondation, CAT, IME...) :

Raison sociale .....

Adresse.....

Téléphone.....

A faire bénéficier d'un vol découverte sur avion léger, type quadriplace, offert par  
l'association AVIATION SANS FRONTIERES  
ORLY FRET 768  
94398 ORLY AEROGARE CEDEX  
telephone 01 49 75 74 37



## Délégation Sud-Est

Action « Les ailes du sourire »

### AUTORISATION DE CESSION D'IMAGE

- J'autorise \*
- Je n'autorise pas \*

La libre utilisation de toute photographie ou reproduction visuelle ou sonore dans le cadre de tout reportage ou promotion des activités pédagogiques réalisées par l'association AVIATION SANS FRONTIÈRES ;

Je renonce à toute demande d'indemnisation relative à un tel usage.

Fait à .....le.....

Signature

\* (rayer les mentions inutiles)