



DOSSIER D'INSCRIPTION

FESTIVAL TOURNEZ JEUNESSE !

Le ou les réalisateurs :

Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	Date de naissance
-----	--------	-------------------	-----	-------------------

POUR LES MINEURS, JOINDRE LES AUTORISATIONS PARENTALES NECESSAIRES

Porteur du projet ou structure encadrante :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :





Titre du film :

Durée du film (générique compris) :

Année de réalisation :

(ATTENTION LES FILMS DE PLUS DE 3 ANS NE SERONT PAS ACCEPTES)

Synopsis (une dizaine de lignes) :

Personnes ayant participé au film :

Nom	Prénom	Date de naissance	Âge	Rôle/Fonction

POUR LES MINEURS, JOINDRE LES AUTORISATIONS PARENTALES NECESSAIRES





Titres des emprunts musicaux :

Titre	Auteur	Durée
-------	--------	-------

- J'accepte le règlement du Festival Tournez Jeunesse ! dont je déclare avoir pris connaissance
 - J'accepte que mon film soit projeté sans contrepartie financière par l'équipe du Festival dans le cadre de la compétition et en dehors pour des besoins de promotion et de communication.
 - Si mon film est sélectionné par le Comité de Présélection, je m'engage à être présent ou représenté le soir de sa projection en public
- Je vérifie que j'ai bien joint toutes les autorisations parentales nécessaires et tous les formulaires de renonciation au droit à l'image.

A..... Le.....

Signature du porteur de projet

Dossier d'inscription avec le DVD à retourner à
Cinémagie, Festival Tournez Jeunesse !, Cinéma de La Capitelle, Le Mazel, 43120 Monistrol sur Loire

