

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE PHOTOGRAPHIES ET DE VIDÉOS MÉDICALES

À remplir après discussion avec le patient

NOM DU PATIENT : _____

ADRESSE : _____

Cette autorisation accorde la permission d'utiliser votre image (statique ou en mouvement) et/ou vos paroles à perpétuité à des fins éducatives.

En signant le document ci-après, vous acquiescez :

1. à l'enregistrement de votre image et de votre voix (p. ex., photographies, enregistrement audio ou vidéo).
2. à la diffusion de votre image ou votre enregistrement dans tous les médias, sur support imprimé ou électronique, y compris Internet.
3. à la reproduction par d'autres entités de votre image ou de l'enregistrement de votre voix à des fins éducatives.
4. au non-remboursement pour la prise ou l'utilisation de votre photographie, vidéo ou enregistrement.

Nature de l'image et/ou des paroles à enregistrer : _____

But de l'enregistrement de l'image et/ou des paroles, ainsi que l'auditoire ciblé :

RESTRICTIONS ET LIMITATIONS :

Aucune

Préciser s'il y a lieu : _____

Je reconnais avoir lu et compris l'intention et le but de ce document et j'y appose ma signature sans réserve.

Nom : (en majuscules) _____

Signature : _____

Date : _____

Témoïn : _____
