

**AUTORISATION POUR : PHOTOGRAPHIES, FILMS,  
ENREGISTREMENTS SONORES, MAGNÉTOSCOPIQUES ET AUTRES**

Établissement : \_\_\_\_\_

Je, soussigné-e \_\_\_\_\_

Autorise l'établissement \_\_\_\_\_

**À faire les :**

	OUI	NON
Photographies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Films	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enregistrements sonores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enregistrements magnétoscopiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demandés par \_\_\_\_\_

Nom

et à les utiliser et à les publier pour les fins médicales, scientifiques ou éducatives suivantes : \_\_\_\_\_

J'autorise l'utilisation et la publication des photographies, des films, des enregistrements et des autres documents de la manière suivante :

a) en gardant l'anonymat :

ou

b) en permettant l'identification.

\_\_\_\_\_  
Signature : usager ou personne autorisée

Année      Mois      Jour  
|\_|\_|\_|\_|    |\_|\_|    |\_|\_|  
Date

\_\_\_\_\_  
Témoïn à la signature

Année      Mois      Jour  
|\_|\_|\_|\_|    |\_|\_|    |\_|\_|  
Date

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**