

CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE

Je soussigné,

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) : ____/____/____ à _____

Adresse : _____

Code postal : _____

En qualité de mère/père (à entourer)

Représentant(s) légal de l'enfant : _____

Je soussigné,

NOM : _____

Prénom : _____

Né(e) : ____/____/____ à _____

Adresse : _____

Code postal : _____

En qualité de mère/père (à entourer)

Autorise l'Association « Naître à Brignoles » dont les locaux sont situés dans le service maternité à l'Hôpital de Brignoles Bd Joseph Monnier 83170 BRIGNOLES à : (cocher les cases correspondantes)

Filmer

Mon enfant

Photographier

Mon enfant et moi-même

Utiliser les photographies

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Diffusion à but : Pédagogique Informatif
- Sur les supports suivants : (à cocher)
 - Le site internet de l'Association « Naitre à Brignoles »
 - Affichage dans le service Maternité du CH Jean Marcel
 - Affichage en salle de réunion de la maternité du CH Jean Marcel
 - Affichage aux consultations de gynécologie obstétrique du CH Jean Marcel
- Pendant une durée de 1 an renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être révoquée à tout moment et par tous moyens.
- La présente autorisation est consentie à titre gracieux.
- Toute autre exploitation ou utilisation des images ci-dessus mentionnés devra faire l'objet d'un nouvel accord.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier m'est remis ce jour et le second est conservé par l'Association « Naître à Brignoles ». Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, mon/notre consentement libre et éclairé est délivré.

Fait à Brignoles, le ____/____/_____.

Signature(s) :

Mère

Père