

AUTORISATION PHOTOGRAPHIES, FILMS, ENREGISTREMENTS SONORES, MAGNÉTOSCOPIQUES ET AUTRES

Je, soussigné(e) _____

(Nom et prénom de l'autorité parentale)

Autorise, par la présente, _____

(Nom et prénom du professionnel)

À faire les : OUI NON

Photographies

Films

Enregistrements sonores

Enregistrements magnétoscopiques

Autres (préciser)

Pour le dossier suivant : _____

(Nom et prénom de l'élève)

Et à les utiliser ou à les publier pour des fins médicales, scientifiques, éducatives ou évaluatives suivantes :

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

En gardant l'anonymat

En permettant l'identification

En détruisant le document après son utilisation

(Signature de l'autorité parentale)

<small>Année</small>	<small>Mois</small>	<small>Jour</small>
<small>Date</small>		

(Signature du professionnel)

<small>Année</small>	<small>Mois</small>	<small>Jour</small>
<small>Date</small>		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre la personne est autorisée à signer.