

FORMULAIRE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOS ET VIDÉOS

PROGRAMME BRANCHÉ SANTÉ

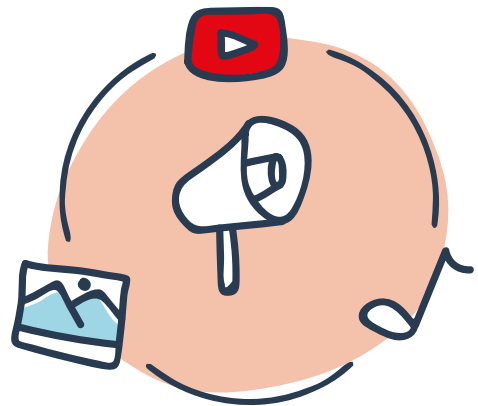
Je soussigné(e), [prénom et nom du parent ou tuteur] _____ ,
autorise l'équipe *Branché santé* de photographier, de filmer et de reproduire l'image de mon
enfant, [prénom et nom] _____ , et de moi-même dans le cadre
du programme *Branché santé*.

Je consens que les photos et vidéos soient utilisées pour les fins du montage d'une banque
d'images destinées à la promotion du programme *Branché santé* dans le réseau de la santé et
des services sociaux, les médias traditionnels et les médias sociaux.

Je consens que les photos et vidéos soient diffusées dans le cadre d'activités éducatives ou
de promotion du mandat du programme *Branché santé* par le biais d'outils de communication
divers, incluant notamment sites web, publications imprimées ou électroniques, dépliants et
rapports d'activités.

J'autorise l'utilisation et la publication des photos
et vidéos de la manière suivante :

- En gardant l'anonymat
- En permettant l'identification



Signature du parent ou du tuteur :

Date :

Signature du témoin :

Date :
