|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de la photographie ou de la vidéo :** | |  | **Date :** | ttMM-JJ |
| **Nom :** |  | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Par la présente, je, soussigné(e), | | | | | |  | | | | | | | |
| consens à ce que le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest utilise le matériel dans lequel mon enfant, la personne que je représente ou moi-même apparaissons, aux fins de diffusion de capsules d’information. Je consens également à ce que le matériel se retrouve sur les sites Internet, intranet ainsi que sur les médias sociaux (Facebook, LinkedIn, Twitter, YouTube, Instagram) ainsi que sur toute autres publications (dépliants, affiches, etc.) du CISSS de la Montérégie-Ouest.  Je m’engage à ne réclamer aucun droit ou montant d’argent en rapport avec la prise, la publication ou la diffusion de ce matériel. Je tiens indemne le CISSS de la Montérégie-Ouest, de toute réclamation pouvant résulter de l’utilisation ou de la publication par quiconque, y compris des tiers, de l’image visuelle.  Cette autorisation est valable pour une période de 10 ans à compter de la date de la signature de ce document.  J’ai lu et compris le présent formulaire de consentement, ainsi que les modalités qui y sont prévues, avant de le signer. | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la personne : | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : |  | | | | | | | | Courriel : |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |
| J’autorise l’utilisation de photos, témoignages ou documents audiovisuels : | | | | | | | | | | |  | | |
| En gardant l’anonymat | | | | | | | | Sans aucune restriction | | | | | |
| Avec certaines restrictions : | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | |
| Je déclare être le parent ou le tuteur légal du nommé ci-dessous et avoir l’autorité légale de signer ce formulaire de consentement en son nom ou d’être la personne mentionnée ci-dessus. | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de la personne: (s’il y a lieu) | | |  | | | | | | | | | | |
| Nom de la personne ressource 1 : (s’il y a lieu) | | | | | | |  | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : |  | | | | | | | | Courriel : |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |
| Signature : | |  | | | | | | | | | | Date : | AAAA-MM-JJ |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Réservé au CISSS de la Montérégie-Ouest** | | | | | | | | | | | | | |
| Contact : | | | | | | |  | | | | | | |
| Indice pour identifier les photos/vidéos : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |

La personne-ressource est celle qui a l’autorisation légale de signer ou de donner son consentement pour l’enfant ou pour toute personne nécessitant une autorisation.