

FORMULAIRE PATIENTS

AUTORISATION POUR PHOTOGRAPHIES, ENREGISTREMENTS TÉLÉVISUEL, RADIO, CINÉMATOGRAPHIQUE, WEB ET OUTILS INTERNES

Je, soussigné(e) _____, consens à ce que mon enfant
_____ soit photographié ou filmé.

J'autorise le **CHU Sainte-Justine** à transmettre ce matériel demandé par _____
et qui sera diffusé/publié dans l'un ou l'autre des médias internes et/ou externes :

- **Média** _____
- **Internet** (site web du CHU Sainte-Justine)
- **Intranet**
- **facebook**
- **twitter**
- **youtube**
- **Interblocs** (journal interne)
- **Télex** (bulletin hebdomadaire)
- **Autre** _____

Je m'engage à ne prendre aucun recours en vue d'une compensation pour l'utilisation de photos ou de prises vidéo qui incluraient mon enfant.

Signature (parent ou tuteur) _____ Date _____

Signature (témoin à la signature) _____ Date _____

Merci.

**Une copie du formulaire doit être acheminée au Bureau de la direction générale, Communication et affaires publiques (local 8312)*