

CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur, _____

Nom de la structure : _____

Autorise _____ représentée par _____

- à me filmer
- à me photographier
- à enregistrer ma voix

J'accepte de participer aux prises de vues réalisées à _____
(Assistance Publique – Hôpitaux de Paris) pendant la durée de ma formation en soins infirmiers.

Cette autorisation est consentie à titre gratuit dans les strictes conditions suivantes :

❖ **Pour l'utilisation strictement définie ci-après :**

Manifestations organisées par les structures de formation et la direction du CFDC de l'AP-HP et lors de cours et travaux pratiques, afin de faire la promotion et la communication de l'AP-HP et de ses structures de formation ;

❖ **Sur les supports suivants** : site internet du CFDC et de l'AP-HP, réseaux sociaux (comptes officiels de l'AP-HP), plaquettes, livrets, flyers, affiches et autres supports de communication de l'AP-HP ;

❖ **Sur la zone géographique suivante** : monde ;

❖ **Pour la durée suivante** : durée légale de protection des droits d'auteur ;

Etant entendu que :

- Le CFDC s'engage à me permettre, si j'en fais la demande, le visionnage des prises de vues tournées avant toute communication ;
- Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement ;

Toute autre exploitation ou utilisation de mon image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je déclare être âgé d'au moins 18 ans et je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à _____, le _____

Signature manuscrite de l'intéressé(e)