

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Père/mère de l'enfant :

Demeurant :

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise le Dr du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital/la Clinique et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos, de sons ou des captations numériques en consultation/au bloc opératoire/en hospitalisation le **Date.**

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure et le Dr sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment pour : de l'enseignement, des congrès médicaux, de la presse médicale, des supports pédagogiques médicaux (livres, livret d'information...), supports numérique, site internet.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos, sons ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à, le en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »