



DT9089

**AUTORISATION POUR :
PHOTOGRAPHIES, FILMS,
ENREGISTREMENTS SONORES,
MAGNÉTOSCOPIQUES ET AUTRES**

N° de dossier :

Date d'admission :

Je, soussigné-e _____

Autorise l'établissement _____

À faire les :

OUI NON

Photographies

Films

Enregistrements sonores

Enregistrements magnétoscopiques

Autres (préciser)

Demandés par _____

Nom

et à les utiliser et à les publier pour les fins médicales, scientifiques ou éducatives suivantes : _____

J'autorise l'utilisation et la publication des photographies, des films, des enregistrements et des autres documents de la manière suivante :

a) en gardant l'anonymat :

ou

b) en permettant l'identification.

Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

Témoïn à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.