

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

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Moi-même patient ou ayant la qualité de représentant légal de _____, patient

Autorise le Dr / Pr _____ agissant en la qualité de _____

« à me filmer, me photographier, à enregistrer ma voix ».

Dans le cadre d'un traitement médical ou d'une étude réalisée par le Dr / Pr _____, situé
_____, à la date suivante ou durant la période suivante
_____.

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes et ce, sans durée limitée dans le temps :

- diffusion dans le cadre suivant :

- Possibilité de publication des résultats et images relatives au traitement que j'ai suivi au cabinet du Dr / Pr _____ (ou à l'hôpital _____), sur tout support, papier ou numérique, en vue d'une publication professionnelle (article, communication orale, affichée ou autre).

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

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

La présente autorisation est délivrée uniquement au Dr / Pr _____. J'autorise néanmoins cette dite personne à recourir à des tiers qu'elle aura dûment habilités, pour réaliser la fixation, reproduction et exploitation de mon image.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par le Dr / Pr _____.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Fait à : _____

Le : _____

Signature manuscrite de l'intéressé(e)