

## **Autorisation de filmer (photographies/vidéos)**

**Nom de l'enfant :**

**Date de naissance :**

**Nom du parent/tuteur :**

**Date :**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, autorise le CMP à filmer et photographier mon enfant dans le cadre des activités du groupe d'habiletés sociales selon les conditions suivantes :

1. Utilisation dans le cadre de la prise en charge de mon enfant

J'accepte

Je refuse

2. Diffusion à l'échelle du CMP (par exemple : présentation aux autres parents lors de réunions ou ateliers)

J'accepte

Je refuse

3. Utilisation à des fins de formation professionnelle (par exemple : support de formation extérieur pour des professionnels extérieurs au CMP)

J'accepte

Je refuse

Nous vous garantissons que les images de votre enfant seront traitées avec la plus grande confidentialité et respect. Aucune utilisation en dehors des cadres définis ci-dessus ne sera faite sans une nouvelle autorisation de votre part. Elle exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

Vous avez le droit de revenir sur cette autorisation à tout moment en contactant le CMP.

**Signature du parent/tuteur :**

Nous vous remercions pour votre confiance.

**CMP Tourelles**

**Document à retourner via le formulaire de l'espace patient.**