

## **Autorisation individuelle d'être filmé, photographié ou interviewé**

*à faire remplir par le patient, les familles, les personnes hospitalisées ou les personnels concernés*

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Patient(e)  famille  personnel au CH

Service : .....

Établissement : .....

**Autorise** : le journaliste détenteur d'une autorisation de reportage délivrée par le CH de Dreux, à :

me filmer  me photographier  m'interviewer  et utiliser mon image

à diffuser mon image sur internet

*signature de la personne concernée :*

### **Autorisation pour un enfant mineur :**

**Autorise à** : filmer  photographier  interviewer  et utiliser l'image

à diffuser son image sur internet

de mon enfant dont le nom est : .....

né(e) le ..... et demeurant à : .....

*signature du représentant légal de l'enfant :*

### **Autorisation pour un incapable majeur :**

le tuteur doit solliciter l'accord du juge des tutelles.

### **Autorisation à faire remplir par le journaliste ou le bénéficiaire du reportage :**

Je soussigné(e),

nom : .....

prénom : .....

M'engage à respecter les conditions de reportage ci-dessus citées et m'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes concernées par le reportage, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe, ou toute autre exploitation non conforme à l'objet déclaré du reportage.

*signature :*