

🞏 810 rue East Main

Welland, ON L3B 3Y4

Tél.: 905-734-1141 / Téléc.: 905-734-1678

Courriel: cschn@cschn.ca

🞏 1320 rue Barton est

Hamilton, ON L8H 2W1

Tél.: 905-528-0163 / Téléc.: 905-528-9196

Courriel: cschn@cschn.ca

🞏 1 promenade Vanier

Welland, ON L3B 3A1

Tél.: 905-714-9935 / Téléc.: 905-714-1088

Courriel: cschn@cschn.ca



Site Web: www.cschn.ca

**CONSENTEMENT POUR UTILISATION DE PHOTOS/VIDÉOS**

**NOM** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), donne au Centre de santé communautaire la permission d’utiliser, à sa discrétion, des photos, diapositives ou vidéos de moi-même ou des membres de ma famille suivants:

NOM DES MEMBRES DE LA FAMILLE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je comprends que ces photos, diapositives ou vidéos, seront utilisées pour des projets de promotion, d’éducation ou d’orientation dans la communauté, ou pour publication dans le bulletin ÉCHO SANTÉ, ou encore pour toute autre utilisation semblable. Cependant, je réserve mon droit de retirer ma permission si je désire changer d’idée dans le futur. Le cas échéant, je vous aviserais par écrit à cet effet.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_