

# PHOTO-VIDEO-AUDIO CONSENT FORM

**LOCATION:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

- Photo    
  Video    
  Audio

By signing this form, I allow Southern Health-Santé Sud to use photos/video/audio of you taken on the date noted above.



Southern Health-Santé Sud will not use photos/video/audio for any use other than what is agreed to below:

- Publishing (print/digital)  
*promotional, educational or public materials, website, reports*
- Clinical Purposes  
*documentation in your health record, education*



**Name (print):** \_\_\_\_\_



**Date of Birth:** \_\_\_\_\_

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



**Witness (sign):** \_\_\_\_\_

**PARENTAL/FAMILY CONSENT (if applicable):**

I hereby certify that I am the parent/legal guardian/power of attorney of the above-named model.

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



**Witness (sign):** \_\_\_\_\_

Summary of intended use  
(staff to provide):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staff Name:

\_\_\_\_\_

Respective Program/Site maintains this form for future reference as required.

## FORMULAIRE D'AUTORISATION DOCUMENTS PHOTOGRAPHIQUES, VIDÉOS ou AUDIOS

**LIEU :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

Photo     
  Vidéo     
  Audio



En signant le présent formulaire, j'autorise Southern Health-Santé Sud le droit d'utiliser les documents photographiques, vidéos et audios où vous apparaissez, et qui ont été produits à la date indiquée ci-dessus.

Southern Health-Santé Sud n'utilisera ces documents pour aucun autre motif que ceux convenus ci-dessous :



- Publications (imprimés ou électroniques)  
*matériel promotionnel ou éducatif, ou destiné au public, a site Web ou à des rapports*
- Objectifs cliniques  
*documentation dans vos dossiers médicaux, formation*

---

**Nom (caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_



**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

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



**Témoin (signature) :** \_\_\_\_\_

**AUTORISATION - PARENTS/FAMILLE (s'il y a lieu) :** Je certifie par la présente que je suis le père ou la mère, le tuteur (trice) légal(e), ou la personne nommée par procuration pour représenter la personne nommée ci-dessus.

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



**Témoin (signature) :** \_\_\_\_\_

Résumé de l'utilisation prévue (par un membre du personnel) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du membre du personnel : \_\_\_\_\_

Le Programme/Site en question conserve le formulaire pour consultation future.