



Now I Lay Me Down to Sleep

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARENTS**

Photographie Affiliée  Retouche  Affilié Médical

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Nom et numéro de la personne contact à l'hôpital \_\_\_\_\_

Date de la session \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Prénom de(s) l'enfant(s) \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance de(s) l'enfant(s) \_\_\_\_\_ Âge de gestation \_\_\_\_\_

Genre: \_\_\_\_\_ Ethnicité:  Asiatique  Noir  
 (Optionnel) (Optionnel)  Latino-Américain  Autochtone  
 Blanc / Caucasiens  Autre

**Les images seront livrées par un système de messagerie sécurisé.**  
 Vous recevrez le lien vers votre galerie d'images ainsi que des communications occasionnelles de NILMDTS\*

Parent 1: Nom complet \_\_\_\_\_

Téléphone de la mère (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Parent 2: Nom complet \_\_\_\_\_

Téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Adresse du domicile \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Informations de contact du Photographe Affilié NILMDTS ou Affilié Médical

Nom complet \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

*J'ai\* contacté NILMDTS, une association à but non-lucratif, afin qu'elle puisse nous référer un photographe bénévole ou un affilié médical pouvant nous fournir des portraits de notre/nos enfant(s) ou je demande un service de retouche pour des images présent indépendamment de NILMDTS. Je comprends que les photos et le service de retouche des images est offert en cadeau et je l'accepterai comme tel. J'accepte les termes suivants:*

- Hôpital.** Je comprends que l'hôpital n'est en aucun cas affilié avec le photographe ou NILMDTS. (Photographie Affiliée uniquement) Initiales \_\_\_\_\_
- Autorisation de photographe ou de retoucher des images.** Je suis le parent et tuteur légal de mon/mes enfant(s) listé(s) ci-dessus, et j'ai le pouvoir de conclure cet accord et d'autoriser le photographe affilié ou l'affilié médicale à photographier mon/mes enfant(s) ou à NILMDTS à retoucher des photos de mon/mes enfant(s). Alternativement, dans l'incapacité des parents de donner leur autorisation au moment de la séance photo, j'ai l'autorité de signer cette entente en leurs noms. Initiales \_\_\_\_\_
- Utilisation personnelle des photographies.** NILMDTS détient les droits d'auteur des images (photographe affilié) et des images éditées (affilié médicale et service de retouche) et autorise aux parents un usage personnel. Je comprends que les images que je reçois ne peuvent pas être utilisées à des fins commerciales, médiatiques ou pour la promotion d'autres associations ou causes à but non-lucratif sans autorisation écrite de NILMDTS. J'accepte de contacter NILMDTS pour obtenir l'autorisation et informations sur la citation. Initiales \_\_\_\_\_
- Cadeau standard.** Je comprends que NILMDTS offre gratuitement des portraits de qualité professionnelle. Les images numériques seront éditées professionnellement en noir et blanc ou en sépia pour créer des portraits de qualité. Je comprends que je recevrai un ensemble numérique d'images dans une période de 12 à 18 semaines avec une licence d'utilisation, ce qui me permettra de faire imprimer les photographes, à mes frais, par n'importe quel laboratoire photo. Je comprends que les bénévoles de NILMDTS ne fourniront pas les originaux, les images originales ou en couleur selon les politiques et les directives de l'agence. Je comprends qu'il est recommandé de prendre mes propres photos pendant et après la séance. Initiales \_\_\_\_\_
- Libération:** Je libère et acquitte pour toujours NILMDTS, le photographe, l'hôpital et ses agents, employés, dirigeants, administrateurs ainsi que tous les représentants de réclamations juridiques passées, présentes ou futures, d'actions, de causes d'action, de dommages, de coûts et dépenses qui seraient issues ou reliées, à la prise et l'utilisation des photos, ainsi que l'utilisation de celles-ci par NILMDTS ou le photographe indiqué ci-dessous et tel que présenté par les faits. Initiales \_\_\_\_\_
- Indemnisation:** En aucun cas, les personnes n'ayant pas signés ce formulaire décideraient d'intenter une réclamation contre NILMDTS ou le photographe qui eut la charge de la séance de mon/mes enfants(s), en lien aux termes de libération stipulés plus haut ou en rapport avec l'utilisation des images, je vais indemniser et tenir NILMDTS ainsi que son photographe indemne de tout préjudice subi à la suite de ces allégations. Initiales \_\_\_\_\_
- Transmission électronique des données.** En signant ce document, vous autorisez l'affilié médical de NILMDTS, le fournisseur médical et / ou l'établissement à transmettre électroniquement des photographies et ce formulaire de consentement, qui peuvent, intentionnellement ou non, inclure des informations de santé personnelles et d'autres données relatives aux personnes nommées sur ce consentement. Initiales \_\_\_\_\_
- Autorisation pour l'utilisation des images par NILMDTS et le photographe:** J'autorise NILMDTS ainsi que son photographe à utiliser les images digitales et les photographies de mon/mes enfant(s) à pour des fins de formations éducatives à l'interne et d'éducation. NILMDTS ou le photographe peuvent faire des copies supplémentaires des images et ce sans mon consentement préalable. (Optionnel) Initiales \_\_\_\_\_

**Signature autorisée** \_\_\_\_\_

Les images ne seront pas retouchées et livrées sans une signature autorisée

Nom \_\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_

\*L'utilisation du genre masculin dans ce formulaire vise seulement à alléger le contenu et n'est en aucun cas discriminatoire. Il en est de même pour l'utilisation du Je qui réfère aux deux parents.

\*Vous pouvez vous désabonner à tout moment. Nous respectons votre vie privée. Vos coordonnées ne sont JAMAIS partagées en dehors de l'organisation.