


 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 _____

L'enfant(s) Prénom _____ Nom de famille _____

Date de naissance de l'enfant(s) _____ Âge de gestation _____

Optionnel: Asiatique Noir
 Latino-Américain Autochtone
 Blanc Autre

Parent 1: Nom complet _____

Téléphone de la mère (____) _____

Parent 2: Nom complet _____

Téléphone (____) _____

Adresse du domicile _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Les images seront livrées par un système de messagerie sécurisé.

Parent 1: Courriel de la mère _____

Optionnel: Oui, s'il vous plaît envoyez-moi les communications parent NILMDTS.

Parent 2: Courriel de l'associé _____

Optionnel: Oui, s'il vous plaît envoyez-moi les communications parent NILMDTS.

Informations de contact du Photographe Affilié ou Affilié Médical

Nom _____

Téléphone _____

Courriel _____

J'ai contacté NILMDTS, une association à but non-lucratif, afin qu'elle puisse nous référer un photographe bénévole pouvant nous fournir des portraits de notre/nos enfant(s). Je comprends que le photographe me fera cadeau de ces images et je l'accepte comme tel. J'accepte les termes suivants:*

1. **Hôpital.** Je comprends que l'hôpital n'est en aucun cas affilié avec le photographe ou NILMDTS.
(Photographie Affiliée uniquement) Initiales _____

2. **Autorisation de photographe.** 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. Par le fait même j'autorise le photographe à photographier mon/mes enfant(s).
Initiales _____

3. **Utilisation personnelle de Photographies.** NILMDTS détient le droit d'auteur d'images et autorise aux parents pour l'usage personnel. Je comprends que les images que je reçois ne peuvent pas être utilisées à des fins commerciales, les moyens, ou des promotions d'autres associations ou causes à but non-lucratif sans autorisation écrite du NILMDTS. J'accepte de contacter NILMDTS pour obtenir l'autorisation et informations sur la citation.
Initiales _____

4. **Cadeau standard.** Je comprends que NILMDTS offre gratuitement des portraits de qualité professionnelle. Les images numériques seront édité 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 6 à 8 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 _____

5. **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 _____

6. **Indemnisation:** En aucun cas, personne n'ayant pas signé ce formulaire déciderait d'intenter une réclamation contre NILMDTS ou le photographe qui fut en 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 _____

7. **Transmission électronique des données.** En signant ce communiqué, vous autorisez l'affilié médical 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 protégées et d'autres données relatives aux personnes nommées sur ce consentement.
Initiales _____

8. **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 enfant pour des fins éducatives, de formation et de commercialisation. 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 publiées tant qu'un parent ou un plus proche parent n'aura pas donné l'autorisation.

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.