



**CONSENTEMENT POUR PHOTOGRAPHER, FILMER OU ENREGISTRER EN VIDÉO POUR UNE UTILISATION À BUT NON LUCRATIF**

J'autorise par la présente \_\_\_\_\_ et Johns Hopkins University,  
(votre organisation)

le Centre International d'Accès à la Vaccination et ceux agissant en vertu de son autorité à :

- a. Enregistrer ma participation et mon apparition sur bande vidéo, bande audio, photographie ou tout autre support.
- b. Utiliser mon nom, mon image, ma voix ainsi que des données biographiques dans le cadre de ces enregistrements.
- c. Présenter ou distribuer ces enregistrements en utilisant un réseau vidéo numérique privé, ou d'autres mécanismes, en totalité ou en partie, sans restrictions ni limites à toute fin éducative, que le Centre International d'Accès à la Vaccination de Johns Hopkins University, et ceux qui agissent en vertu de son autorité, jugent appropriés.
- d. Protéger le droit d'auteur de ceux-ci en son nom ou tout autre nom qu'il pourra choisir.

Je décharge par la présente Johns Hopkins University, le Centre International d'Accès à la Vaccination, ses successeurs et ayants droit, ses dirigeants, employés, agents et membres de toutes réclamations et exigences découlant de ou en relation avec l'utilisation de ces photographies, films, ou bandes, y compris, mais sans s'y limiter, à toute réclamation pour diffamation ou atteinte à la vie privée.

Je consens par la présente à la publication desdites bandes vidéo, bandes audio, films ou photographies ou tout autre moyen pour les fins énoncées ci-dessus et conformément aux modalités indiquées ci-dessus.

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville/État/Pays \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur légal (si la personne est âgée de moins de 18 ans) \_\_\_\_\_

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