

Autorisation de Publication de Photos et Vidéos Esthétiques

Autorisation pour les photographies avant/après et utilisation dans les documents marketing

Informations du Client

Prénom *

Nom de Famille *

Adresse Email *

Numéro de Téléphone *

Date de Naissance *

JJ / MM / AAAA

Autorisation de Photos et Vidéos

Cette autorisation permet à la clinique de prendre des photographies et/ou des enregistrements vidéo avant, pendant et après votre (vos) traitement(s). Ces images peuvent être utilisées aux fins sélectionnées ci-dessous.

J'autorise l'utilisation de mes photos/vidéos aux fins suivantes : *

- ☐ Documentation du dossier médical uniquement
- ☐ Portfolio avant et après (montré au cabinet aux patients potentiels)
- ☐ Site Web et comptes de réseaux sociaux de la clinique
- ☐ Publicité payante et matériel promotionnel
- ☐ Présentations éducatives et formation
- ☐ Presse, médias et publications

Préférence d'Anonymat des Photos *

- ☐ Le visage complet peut être montré
- ☐ Les yeux doivent être obscurcis/noircis
- ☐ Aucune caractéristique faciale identifiable ne doit être montrée

Conditions et Dispositions

Conditions de cette Autorisation :

1. Je comprends que les photographies/vidéos resteront la propriété de la clinique.
2. Je renonce à tout droit d'inspection ou d'approbation des images finales ou du contexte dans lequel elles sont utilisées.
3. Je comprends que je ne recevrai aucune compensation financière pour l'utilisation de mes images.
4. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en soumettant une demande écrite, mais la révocation ne s'appliquera pas aux images déjà publiées ou distribuées.
5. Mon nom ne sera pas associé aux images publiées à moins que je ne fournisse un consentement écrit distinct.
6. Je dégage la clinique, son personnel et toute partie affiliée de toute réclamation découlant de l'utilisation de mes photographies/vidéos comme décrit ci-dessus.

J'ai lu et je comprends les conditions et dispositions de cette autorisation de publication de photos et vidéos.

J'ai lu et j'accepte les conditions ci-dessus: _____

Consentement et Signature

J'autorise volontairement la clinique à me photographier et/ou me filmer et à utiliser ces images comme décrit dans cette autorisation. J'ai lu ce document en entier et en comprends le contenu.

Je confirme que j'ai lu et compris les informations ci-dessus et que je donne mon consentement éclairé.

J'ai lu et je comprends les informations ci-dessus: _____

Signature

Date

Nom en lettres majuscules

Date *

JJ / MM / AAAA

Ce formulaire a été fourni gratuitement par Consentify

Consentify transforme des formulaires comme celui-ci en consentement numérique que vos clients signent sur leur propre téléphone via code QR — avec génération automatique de PDF, détection des contre-indications et stockage sécurisé. Plan gratuit disponible sur <https://getconsentify.com>.

Modèle uniquement. Consultez votre professionnel agréé ou un conseiller juridique avant utilisation ; les exigences varient selon la juridiction et la pratique.