



Benoît Rousseau Orthoptiste

**Consentement de la personne photographiée à ce que son image soit utilisée pour des publications scientifiques et/ou des formations professionnelles
(À faire signer par l'autorité parentale dans le cas de mineurs.)**

Je soussigné (*nom de la personne photographiée*) accepte que ma photo (ou que la photo de mon enfant *nom de l'enfant photographié*) soit utilisée par Monsieur Benoît ROUSSEAU, Orthoptiste, pour illustrer des publications scientifiques orthoptiques et/ou ophtalmologiques ou pour illustrer des formations professionnelles que Monsieur Benoît ROUSSEAU, Orthoptiste, pourrait animer.

J'ai été informé(e) du fait qu'une telle publication suppose que cette photo peut-être vue par toute personne qui lit de telles publications et/ou participe à de telles formations

Monsieur ROUSSEAU, Orthoptiste, s'engage à informer les usagers que les photos ne peuvent être reproduites à des fins commerciales ou à n'importe quelles fins.

Signature de la personne photographiée (*S'il s'agit du parent de l'enfant, indiquez : père, mère ou tuteur*)

Signature de Monsieur Benoît ROUSSEAU, Orthoptiste :

Date

