



AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE D'ENREGISTREMENTS VIDEO DANS LE CADRE DE FORMATIONS

NOM.....Prénom.....

....., vous demande l'autorisation d'utiliser des enregistrements vidéo de votre enfant
..... pris au cours de séances au cabinet dans le cadre de formations du personnel
de crèche, de formations des professionnels de santé, de l'enseignement de la pédiatrie à l'IFMK ou de
réunions d'analyse de pratique.

Je soussignée, certifie sur l'honneur que ces enregistrements resteront en ma possession et ne
seront en aucun cas communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni diffusés, ni utilisés à d'autres
usages.

PARTIE A REMPLIR PAR LES TUTEURS LEGAUX

Nous, soussignés⁽¹⁾..... et

Parents de l'enfant :

Nom : Prénom :

Déclarons autoriser à utiliser les enregistrements de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-
dessus uniquement.

Date : Signatures