

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE (Sujet Majeur)

Le Patient	Le Professionnel de santé
NOM	NOM
PRENOM	PRENOM
Date de Naissance	
Adresse	Adresse professionnelle
Mail	Mail
Téléphone	Téléphone
<p>Le professionnel de santé a réalisé une ou plusieurs photographies sur lesquelles apparait le patient. Ces images ont été réalisées En date du À.....</p>	
Modes de diffusion	
<p>Le patient autorise expressément le professionnel de santé à faire usage des photographies visées ci-dessus pour tous les usages ci-dessous. En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le patient raye la mention concernée. Il est informé de ce qu'en ne refusant aucune autorisation, sa (ses) photographie(s) pourra(ont) être utilisée(s) sur tous les supports ci-dessous</p>	
Utilisation stricte dans le cadre du suivi des plaies	
Utilisation stricte du suivi des plaies avec communication à d'autres professionnels de santé dans le cadre de	<i>Formation professionnelle</i>
	<i>Congrès scientifique</i>
	<i>Publication professionnelle (Presse professionnelle)</i>
<p>Les photographies pourront être exploitées directement par le professionnel de santé ou cédées à des tiers, sous toutes les formes autorisées ci-dessus</p>	
Durée de l'autorisation	
<p> </p>	

La présente autorisation est accordée pour une durée de.....ans à compter de sa signature	
Engagement du professionnel de santé	
Le professionnel de santé s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du patient, ni d'utiliser les images sur tout support à caractère préjudiciable. Le professionnel de santé tiendra à disposition du patient, un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande, et encouragera ses collaborateurs ou partenaires à faire de même en mettant personnellement tout en œuvre pour atteindre cet objectif.	
Conditions de l'accord	
Le patient marque expressément son accord sur les conditions suivantes, en rayant les mentions appropriées. Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au Code civil.	
<i>Autorisation sans contre partie</i>	<i>Autorisation contre tirages papier des images</i>
Le patient confirme que son autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie. Il manifeste ainsi son intérêt et son soutien au travail de suivi du professionnel de santé ; Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées.	Le patient confirme que son autorisation est donnée moyennant l'engagement du professionnel de santé de lui transmettre, dès que possible, les doubles des photographies (support informatique) pour son usage personnel.
<i>Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux Tribunaux français</i>	
FAIT A	LE
Le patient	Le professionnel de santé