**Autorisation de reproduction d’enregistrements audio**

**et/ou d’images photographiques et vidéo**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ porteur(se) du document d’identité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ délivré par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au nom de (nom de l’enfant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorise par la présente l’Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) à reproduire l’image et/ou la voix de (nom de l’enfant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qu’ils soient enregistrés sur un support audio, vidéo et/ou photographique.

Je reconnais que la présente autorisation n'implique aucun paiement ou rémunération, y compris des redevances ou toute autre compensation résultant de l'utilisation de ladite image, dudit portrait et/ou de ladite voix, ou s'y rapportant.

Je reconnais que l’image, le portrait et/ou la voix de (nom de l’enfant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ peut être édité(e), copié(e), exposé(e), publié(e) ou distribué(e), sans que je dispose du droit d’examiner ou d’autoriser la reproduction du produit final dans lequel son image, son portrait et/ou sa voix apparaissent.

Je reconnais qu’en signant cette autorisation, les enregistrements photographiques et/ou vidéo comportant la voix et/ou l’image de (nom de l’enfant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ peuvent être diffusés et/ou reproduits par divers moyens, y compris électroniques.

Cette autorisation ne prévoit aucune date d’expiration et n’est soumise à aucune limite géographique quant à la distribution et/ou la reproduction de cette image.

En signant la présente autorisation, je reconnais avoir pris connaissance de l’autorisation ci-dessus dans son intégralité et la comprendre pleinement et, conscient(e) des implications juridiques, j’accepte de m’y conformer.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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