



## CASTING PHOTOS ET VIDEOS CHMB – SITE CHMB

### VOTRE IDENTITE :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

### FONCTION :

#### 1. Vous êtes...

- ❖ Professionnel(le) CHMB
- ❖ Professionnel(le) hors CHMB
- ❖ Etudiant(e)/Ecolier (Ecolière)
- ❖ Retraité(e)
- ❖ Actif(ve)

*L'atelier audiovisuel du CHMB souhaite enrichir sa banque d'images et vidéos et recherche des figurants bénévoles de tous les âges, sans discrimination.*

#### 2. Vos coordonnées

Votre adresse :

Votre code postal :

Votre ville :

Vos coordonnées téléphoniques :

Votre e-mail :

### VOTRE CHOIX :

Je m'inscris pour

- ❖ Photos
- ❖ Vidéos

En soumettant ma candidature, j'autorise le CHMB à exploiter les documents cinématographiques (image/son) et/ou photographiques sur lesquels je figure, pour tous usages de communication interne ou externe à but non publicitaire ou commercial, sous toutes formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), sans aucune limitation, intégralement ou par extraits. Ceci sans réserve, ou contrepartie de quelque nature que ce soit. En conséquence, j'autorise l'éditeur ou le producteur à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Dans le cadre de ses partenariats, j'autorise le CHMB à transmettre les images au Centre Hospitalier de Fougères, qui s'engagent à respecter les mêmes conditions d'exploitation et de mon intégrité. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

En cas de revirement pour moi-même, un de mes enfants mineurs ou d'une personne sous ma tutelle, j'en informerai officiellement le CHMB de telle sorte que ma nouvelle volonté porte effet pour les réalisations à venir.

J'accepte les conditions énoncées ci-dessus.

Le : / /20 , à

Signature :