

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT VIDEO ET AUDIO

Par ma signature ci-dessous, j'autorise _____
à faire un enregistrement vidéo et audio de mes séances de thérapie et à présenter ces enregistrements dans les contextes suivants (cocher les cases appropriées) :

En sachant que mon nom ne sera en aucun cas divulgué.

OUI NON

_____ _____ au cours de conférences ou séminaires de formation s'adressant à des professionnels de la santé

_____ _____ au cours de supervision s'adressant à des professionnels de la santé

_____ _____ au cours de conférences s'adressant au grand public

_____ _____ à la radio

_____ _____ à la télévision

_____ _____ sur le site Internet de l'association EMDR France www.emdr-france.org

NOM :

DATE :

Signature :

TEMOIN :

Signature :