

Nom du film :

CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) (NOM, prénom).....

Né(e) le à

Domicilié(e)

Téléphone domicile :.....Port :

accepte de participer au film mentionné ci-dessus, et autorise le Docteur (Nom, Prénom du médecin) de disposer des droits de fixation, de reproduction et de représentation cinématographiques et télévisuels, d'exploitation commerciale ou non, par tout mode d'exploitation, en extrait ou intégralement, dans le monde entier sans restriction, en français ou tout autre langue.

Le film pourra, à des fins de conservation et d'exploitation, être transféré sur tout type de support connu ou inconnu à ce jour.

Le Docteur (Nom, prénom) peut rétrocéder les droits et obligations résultant du présent engagement à tout tiers de son choix ou associer tout tiers de son choix à leur exercice dans le cadre d'un accord de coproduction.

Fait à le

Signature de l'intéressé
(précédé de la mention « lu et approuvé »)