

SAMPLE SPEAKER RELEASE FORM



Par les présentes, j'autorise et libère la Fondation de recherches médicales sur la dystonie du Canada et le _____ [nom du groupe de soutien] pour photographier et enregistrer vidéo / audio ma présentation. J'accorde également à la FRMD Canada la permission d'utiliser, de modifier, de numériser, de transmettre et d'afficher la vidéo ou l'audio ou tout autre matériel de présentation de ma participation, ainsi que d'utiliser mon nom, ma voix, ma photographie, ma ressemblance, mes renseignements biographiques et tout matériel auxiliaire en lien avec cette vidéo ou audio.

Je comprends que ces images/enregistrements peuvent être utilisés dans du matériel de sensibilisation, éducatif et promotionnel, électronique ou imprimé, produit ou approuvé par la FRMD Canada.

Nom _____

Veillez imprimer Prénom Initiale du milieu Nom

Téléphone _____

Adresse e-mail _____

Signature :
