

# AUTORISATION DE FILMER ET DE DIFFUSER

Entre : Monsieur / Madame (Identité complète du médecin et son adresse)

.....  
.....  
.....

Ci-après dénommé le médecin ;

Et : Monsieur / Madame (Identité complète du patient et son adresse)

.....  
.....  
.....

Ci-après dénommé le patient ;

- 1) Le patient autorise le médecin à le filmer, faire des photographies, des enregistrements vidéos et toute autre illustration le concernant qui pourraient être utiles à son dossier, au diagnostic, à l'enseignement ou à la recherche médicale, dans un but scientifique et à titre gratuit.
- 2) Le patient autorise le médecin ainsi que la Société Francophone des Mouvements Anormaux (SOFMA) et le Collège des Enseignant de Neurologie (CEN) à diffuser, à des fins d'informations, de formation et de recherches médicales exclusivement, les documents ainsi réalisés. Ceci inclus la diffusion sur le site internet de la SOFMA et du CEN.
- 3) Ces documents pourront être diffusés exclusivement lors de séminaires médicaux et de conférences, dans le monde entier, pour une durée illimitée. Ils pourront être reproduits, sous-titrés, adaptés en toute langue, à l'exclusivité de toute reproduction commerciale, pour des cours ou pour illustrer des articles scientifiques, des livres médicaux ou des conférences sans avoir à donner une nouvelle approbation sur les documents ou leur utilisation spécifique.
- 4) Il pourra être cédé à toute association scientifique mais, en cas de cession, le médecin se porte garant de la bonne exécution des présentes.

Fait à .....  
Le .....

Le patient

Le médecin