

Consentement pour autorisation de photographies et vidéos

Identité du patient

Je soussigné(e) :

.....

Né(e) le :

Adresse :

.....

Objet de l'autorisation

J'autorise expressément le Dr Yasser Rifay et son équipe à :

- Réaliser des photographies et/ou enregistrements vidéo de mon image dans le cadre de ma prise en charge médicale.
- Utiliser ces supports visuels à des fins d'information médicale, pédagogique et de communication, notamment sur :

- Les réseaux sociaux du cabinet (Instagram, Facebook, YouTube, etc.)
- Le site Internet du cabinet
- Des supports de communication destinés au grand public ou à la communauté médicale.

Garanties apportées

- Ces images ne comporteront aucune mention d'identité (nom, prénom, adresse, numéro de dossier, etc.).
- L'utilisation se fera dans le respect du secret médical et de la loi marocaine relative à la protection des données personnelles (loi 09-08).
- Cette autorisation est donnée à titre gratuit et sans limite de durée, sauf révocation écrite de ma part.
- Je conserve le droit de retirer mon consentement à tout moment par simple demande écrite adressée au Dr Yasser Rifay.

Consentement

☐ J'autorise l'utilisation de mes photographies/vidéos dans les conditions ci-dessus.

☐ Je n'autorise pas l'utilisation de mon image.

Mentions légales et signature

Nom et prénom du patient :

.....

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

.....