

## 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

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | au cours de conférences ou séminaires de formation s'adressant à des professionnels de la santé                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | au cours de supervision s'adressant à des professionnels de la santé  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | au cours de conférences s'adressant au grand public   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | à la radio  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | à la télévision   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sur le site Internet de l'association EMDR-Belgium <a href="http://www.emdr-belgium.be">www.emdr-belgium.be</a> |

NOM, prénom :

DATE :

Signature :

TEMOIN :

Signature :

