

Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix (Personne majeure ou mineure émancipée)

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre du projet spécifié ci-dessous, étant entendu que les objectifs de ce projet ont été préalablement expliqués au majeur.

1 Désignation du projet audiovisuel

Projet pédagogique concerné (désignation sommaire) : [Enregistrements de cours à destination des étudiants en formation en soins infirmiers](#)

Nom et adresse de l'établissement : [Faculté de Médecine Paris-Sud - 63 Rue Gabriel Péri – 94276 LE KREMLIN-BICETRE CEDEX](#)

Titre de l'œuvre, si applicable : [COURS UE](#)
(provisoire ou définitif)

2 Modes d'exploitation envisagés

Support	Durée	Étendue de la diffusion	Prix
☒ En ligne	 2 ans	☒ Internet (monde entier) ☐ Extranet ☐ Intranet Précisez le(s) site(s) : Libcast , Moodle . (Accès à ces sites via authentification)	
☐ DVD			
☒ Projection collective	2 ans.....	☐ Pour un usage collectif dans les classes des élèves enregistrés ☒ Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche ☐ Usages de communication externe de l'institution	
☐ Autre (précisez)			

3 Autorisation du majeur

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Vu le Code de la propriété intellectuelle,

La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support audiovisuel et la publication de votre image et/ou de votre voix dans le cadre du projet désigné au paragraphe 1 et pour les modes d'exploitation désignés au paragraphe 2.



Date de révision : février 2017

L'enregistrement de votre image/votre voix sera réalisé sous l'autorité de
(nom du producteur ou du bénéficiaire de l'autorisation/statut juridique/adresse) : [Service informatique et multimédia](#)

L'enregistrement aura lieu aux dates/moments et lieux indiqués ci-après :

Date(s) d'enregistrement : _____

Lieu(x) d'enregistrement : [Faculté de Médecine Paris-Sud](#) _____

Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive. Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation, s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'enregistrement de votre image et/ou de votre voix susceptible de porter atteinte à votre dignité, votre réputation ou à votre vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Dans le contexte pédagogique défini, l'enregistrement ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

Je soussigné(e) (*prénom, nom*).....

déclare être majeur(e) - mineur(e) émancipé(e) (rayez la mention inutile)

Je reconnais être entièrement investi(e) de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, voire de mon nom.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant : ☐ OUI ☐ NON

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à :

Signature du majeur ou du mineur émancipé :

Le (date) :

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Université Paris-Sud afin de permettre la rediffusion des cours via un accès internet sécurisé.

Elles sont conservées pendant [2 ans] et sont destinées aux enseignants et aux étudiants souhaitant réviser les cours via l'application internet dédiée.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou retirer en contactant le correspondant informatique et libertés de l'Université à l'adresse suivante cil@u-psud.fr

Vous avez également la possibilité, en application de l'article 40-1 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

