



Consentement

Photographie et vidéo



Nom : _____ Prénom : _____ NI : _____

Adresse : _____

Email : _____ Téléphone : _____

Programme d'étude : _____ Année : _____

Ville ou pays d'origine : _____

Contexte de la séance de photographie ou de vidéo :

Autorisation

Je, soussigné(e)) consens à l'Université de Moncton le droit de publier les photos ou les vidéos prises lors de cette séance, par quelque moyen que ce soit, mais seulement pour des fins de publicité ou de promotion. Je vous libère de toute réclamation relativement à leurs utilisations.

Signature :

Date :

Témoïn :

Photographe :



UNIVERSITÉ DE MONCTON
EDMUNDSTON MONCTON SHIPPAGAN