



Northern Ontario
School of Medicine
École de médecine
du Nord de l'Ontario
ᐱᓐᓂᓐᓂᓐ ᓂᓐᓂᓐ
ᐱᓐᓂᓐᓂᓐ ᐱᓐᓂᓐᓂᓐ

PHOTO CONSENT FORM

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PHOTOGRAPHIE

The undersigned does hereby authorize the Northern Ontario School of Medicine (NOSM) and/or its associates, assistants, or subcontractors to photograph/record for educational and commercial purposes.

Le(la) soussigné(e) autorise par la présente l'École de médecine du Nord de l'Ontario et/ou ses associés, assistants ou entrepreneurs à photographier ou enregistrer à des fins éducatives ou commerciales :

Name (please print)

Nom (en lettres moulées)

The undersigned authorizes the Northern Ontario School of Medicine to permit the use and display of said photographs and/or recordings in any School publication, multimedia production, display, or advertisement.

Le(la) soussigné(e) accepte que l'École de médecine du Nord de l'Ontario autorise l'utilisation et l'exposition des photographies et enregistrements dans toute publication, production multimédia, exposition ou publicité de l'École.

The undersigned agrees that the Northern Ontario School of Medicine may use name, likeness, or biographical information supplied by the undersigned.

Le(la) soussigné(e) accepte que l'École de médecine du Nord de l'Ontario utilise le nom, un nom semblable ou des renseignements biographiques fournis par le(la) soussigné(e).

The undersigned releases and forever discharges the Northern Ontario School of Medicine, its agents, officers and employees from any and all claims and demands arising out of or in connection with the use of said photographs / recordings, including but not limited to, any claims for invasion of privacy or defamation.

Le(la) soussigné(e) décharge entièrement l'École de médecine du Nord de l'Ontario, ses agents, dirigeants et employés de toute obligation relative aux réclamations et demandes découlant de l'utilisation des photographies et enregistrements, ou qui y sont liées, y compris, sans s'y limiter, de toute réclamation pour intrusion dans la vie privée ou pour diffamation.

Authorization for the collection and maintenance of this information is Section 42 (1) of the Freedom of Information and Protection of the Privacy Act. Please direct any questions about this collection to the Director of Communications, Northern Ontario School of Medicine, 935 Ramsey Lake Road, Sudbury, Ontario, P3E 2C6, Telephone: 705-662-7171.

Les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire de consentement ont pour but de gérer le consentement au processus de divulgation de renseignements personnels. Veuillez adresser les questions sur cette collecte à la directrice des communications de l'École de médecine du Nord de l'Ontario, 935 chemin du lac Ramsey, Sudbury (Ontario) P3E 2C6, téléphone : 705 662-7171.

Signature of Individual/Guardian:
Signature de la personne/du tuteur :

Print Name of Individual/Guardian:
Nom de la personne/du tuteur (en lettres moulées) :

Signature of Witness:
Signature du témoin :

Print Name of Witness:
Nom du témoin (en lettres moulées) :

Date:
Date :