

SUIVI MEDICAL et RESULTATS EXTERNES

(au moyen de photos, séquences filmées etc.)

J'accepte que mon enfant.....

(nom et prénom en lettres majuscules)

soit filmé/photographié dans le cadre de la thérapie à des fins de suivi médical.

- ☐ J'accepte que des photos, séquences filmées et enregistrements télévisés de la personne mentionnée ci-dessus soient publiés à des fins de relations publiques (utilisation pour des affiches, mails, site web, publicités, divers communiqués de presse etc.)
- ☐ soient montrés pour des formations, des activités d'enseignement etc.
- ☐ J'accepte que la clinique Sonnenschein puisse demander si besoin des résultats à d'autres institutions et thérapeutes établis.
- ☐ J'accepte que des services ou cliniques que je fréquente avec mon enfant (par ex. l'hôpital orthopédique de Speising) puissent bénéficier des résultats de la clinique Sonnenschein.

.....
Date

.....
Signature du/des parent(s)/tuteur(s)