



« Caractérisation des signes cutanés des infections à Covid 19 »

Acronyme : COVID SKIN

CONSENTEMENT PHOTOGRAPHIQUE

Je, soussigné _____ né le _____

autorise le Docteur _____

, à me photographier ce jour et à utiliser mon image.

La présente autorisation est délivrée uniquement pour l'utilisation définie ci-après :

☐ Dans l'intérêt du patient, pour comprendre l'évolution de sa pathologie et conservée dans son dossier médical

☐ A titre pédagogique, pour l'enseignement des étudiants en médecine

☐ A titre scientifique, pour les publications médicales et professionnelles.

Toute autre exploitation ou utilisation de l'image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'une nouvelle autorisation.

Fait à _____, le ____ //2020 ,

en deux exemplaires, **dont une copie est remise au patient, l'autre est gardée par le médecin responsable.**

Signature de l'intéressé(e) ou d'un des parents si mineur(e)