

Consent is given to the Kids Come First Health Team and its affiliates to permit:

- use of image or likeness (photos, video, audio, etc.)
- Release of information _____

of

- Child, youth or family Staff Volunteers
- Other _____

Full name(s) of person(s) featured: _____

Date: _____
MM/DD/YYYY

Participant full name*:

Contact information*:

Date of birth*: _____
MM/DD/YYYY

* Required information

For use in the following ways (check all that apply):

- Kids Come First websites, social media channels, publications, marketing materials and internal channels*
- News media outlets (print, radio, television, online and social media) _____
Outlet name, if possible
- Other*: _____

Example: use by partner organizations

Consent provided by:

- Parent or guardian Myself (must be 12+ years of age)

Full name: _____
Please print

Signature: _____

Phone: _____ Email: _____

Witnessed by

Kids Come First Health team representative:

Print name

Signature

Internal use only

Date submitted: _____
MM/DD/YYYY

Description: _____

Project contacts: _____

General notes: _____

Upon completion, please send this form to CHEO Health Records at EPICUploads@cheo.on.ca or by CHEO intra-mail.

*Kids Come First Health Team and its affiliates shall be the sole owner of such materials and information including all copyright.

If you wish for Kids Come First Health Team to stop using or limit the use your child's information please contact communications@kidscomefirst.ca. Please note that once your child's information, video(s) or photo(s) is shared in print publication(s), on website(s) and social media it becomes public knowledge and will no longer be protected. It may still be visible on the internet even after Kids Come First Health Team has removed it from its own channels. Other people or organizations who accessed and viewed it might also use or share it.

L'Équipe santé Enfants avant tout et ses affiliés sont autorisés à

- Utiliser une image ou un portrait (vidéo, audio, etc.)
- Divulguer des renseignements _____
de Détails divulgués
- Enfant, ado ou famille Personnel Bénévole
- Autre _____

Nom complet des personnes représentées : _____

Date : _____
MM/JJ/AAAA

Nom complete du participant * :

Coordonnées * : _____

Date de naissance * : _____
MM/JJ/AAAA

*Informations obligatoires

Utilisations envisagées (cochez tout ce qui s'applique) :

- Sites Web des Enfants avant tout médias sociaux, publications, matériel de marketing et réseaux internes*
- Médias de nouvelles (imprimés, radio, télévision, Internet et médias sociaux) _____
Nom d'organisme, ci possible
- Autres* : _____
Exemple : organisme partenaire

Autorisation accordée par :

- Parent ou tuteur Moi même (12 ans ou plus)

Nom complet : _____
En lettres moulées

Signature : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Témoin

Représentant(e) d' Enfants avant tout :

En lettres moulées

Signature _____

Usage interne seulement

Date de soumission : _____
MM/JJ/AAAA

Description : _____

Contact du project : _____

Remarques générales : _____

Une fois rempli, veuillez envoyer ce formulaire aux Dossiers de santé du CHEO à EPICUploads@cheo.on.ca ou par courrier interne du CHEO.

*Enfants avant tout et ses affiliés seront les propriétaires uniques du matériel et des renseignements ainsi que de tous les droits d'auteur.

Si vous désirez que Enfants avant tout cesse d'utiliser les renseignements de votre enfant ou en limiter l'utilisation, écrivez à communication@enfantsavanttout.ca
Attention : Dès que les renseignements, les vidéos et les photos de votre enfant seront imprimés et affichés dans des sites Web et dans les médias sociaux, ils tomberont dans le domaine public et ne seront plus protégés. Ils risquent de demeurer affichés dans Internet une fois que Enfants avant tout les aura retirés de ses propres réseaux.