

World Vision-Photo/Histoire-Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire établit que le(s) sujet(s) a (ont) donné son (leur) consentement éclairé pour un reportage, une photo ou une vidéo enregistré(e) par ou pour World Vision. Le journaliste, le photographe ou le vidéaste doit remplir la partie supérieure le jour où le consentement est donné, puis classer le formulaire avec le reportage ou le matériel photo/vidéo.

Nom du journaliste, du photographe ou du vidéaste (en caractères d'imprimerie) : JONAS KINZOMBA

Bureau et numéro de téléphone : 098 22 93 269

Date: 29/11/2024 Lieu: À côté de l'église mejecc

Histoire, vidéo ou photo(s) en rapport avec le présent formulaire de consentement :

Le(s) sujet(s) principal(aux) de l'histoire doivent remplir cette section :

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à _____

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à des fins éditoriales, publicitaires et promotionnelles pour une utilisation dans tout média imprimé, télévisé, radio, électronique et/ou sur Internet, sans paiement d'une quelconque compensation. J'accepte que World Vision International détienne les droits d'auteur de ces documents et soit autorisé à les utiliser sans limite de temps.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et/ou compris les termes de ce consentement. Si je décide ultérieurement de retirer mon consentement, je suis en droit de le faire et World Vision supprimera les documents de sa base de données. Cependant, je comprends également que World Vision ne peut pas limiter la circulation d'images qui ont déjà été diffusées

Signature: [Signature] Date: 29/11/2024

Nom : LISANGO YERE DORCAS

Adresse, numéro de téléphone (le cas échéant) :

D. RINQUANTENAIRE

Le parent/tuteur des enfants âgés de 17 ans ou moins doit signer ci-dessous* :

Signature du parent/tuteur : [Signature] Date: _____

Nom: YERE LIKOMB Relation avec l'enfant _____

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☒

Consentement verbal
donné

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☐

Consentement verbal
donné

*Les enfants non accompagnés âgés de 17 ans ou moins doivent également signer ce formulaire, et une évaluation des risques doit être effectuée avant de soumettre le contenu au reportage.

Contact World Vision

Si vous avez des questions sur l'utilisation de votre histoire et de vos images ou si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez nous contacter.

World Vision [Nom du pays]

Nom de contact: _____

Adresse: _____

Phone: _____ Email: _____

World Vision-Photo/Histoire-Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire établit que le(s) sujet(s) a (ont) donné son (leur) consentement éclairé pour un reportage, une photo ou une vidéo enregistré(e) par ou pour World Vision. Le journaliste, le photographe ou le vidéaste doit remplir la partie supérieure le jour où le consentement est donné, puis classer le formulaire avec le reportage ou le matériel photo/vidéo.

Nom du journaliste, du photographe ou du vidéaste (en caractères d'imprimerie) : JONAS KINZOMBA

Bureau et numéro de téléphone : 098 22 93 269

Date: 29/11/2024 Lieu: A côté de l'église mejecc

Histoire, vidéo ou photo(s) en rapport avec le présent formulaire de consentement :

Le(s) sujet(s) principal(aux) de l'histoire doivent remplir cette section :

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à _____

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à des fins éditoriales, publicitaires et promotionnelles pour une utilisation dans tout média imprimé, télévisé, radio, électronique et/ou sur Internet, sans paiement d'une quelconque compensation. J'accepte que World Vision International détienne les droits d'auteur de ces documents et soit autorisé à les utiliser sans limite de temps.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et/ou compris les termes de ce consentement. Si je décide ultérieurement de retirer mon consentement, je suis en droit de le faire et World Vision supprimera les documents de sa base de données. Cependant, je comprends également que World Vision ne peut pas limiter la circulation d'images qui ont déjà été diffusées

Signature: [Signature] Date: 29/11/2024

Nom : BENZA KAMBILI CHRISTOPHE

Adresse, numéro de téléphone (le cas échéant) :

Q.1 CINQUANTAIRE

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐ Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☒ Consentement verbal
donné

Le parent/tuteur des enfants âgés de 17 ans ou moins doit signer ci-dessous* :

Signature du parent/tuteur : [Signature] Date: _____

Nom: JEANMOGO BENZA Relation avec l'enfant _____

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐ Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☐ Consentement verbal
donné

*Les enfants non accompagnés âgés de 17 ans ou moins doivent également signer ce formulaire, et une évaluation des risques doit être effectuée avant de soumettre le contenu au reportage.

Contact World Vision

Si vous avez des questions sur l'utilisation de votre histoire et de vos images ou si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez nous contacter.

World Vision [Nom du pays]

Nom de contact: _____

Adresse: _____

Phone: _____ Email: _____

World Vision-Photo/Histoire-Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire établit que le(s) sujet(s) a (ont) donné son (leur) consentement éclairé pour un reportage, une photo ou une vidéo enregistré(e) par ou pour World Vision. Le journaliste, le photographe ou le vidéaste doit remplir la partie supérieure le jour où le consentement est donné, puis classer le formulaire avec le reportage ou le matériel photovidéo.

Nom du journaliste, du photographe ou du vidéaste (en caractères d'imprimerie) : Jonas Kinzomba

Bureau et numéro de téléphone : 09822 93269

Date: 29/11/2024 Lieu: A côté de l'église

Histoire, vidéo ou photo(s) en rapport avec le présent formulaire de consentement :

Le(s) sujet(s) principal(aux) de l'histoire doivent remplir cette section :

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

_____ à _____

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à des fins éditoriales, publicitaires et promotionnelles pour une utilisation dans tout média imprimé, télévisé, radio, électronique et/ou sur Internet, sans paiement d'une quelconque compensation. J'accepte que World Vision International détienne les droits d'auteur de ces documents et soit autorisé à les utiliser sans limite de temps.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et/ou compris les termes de ce consentement. Si je décide ultérieurement de retirer mon consentement, je suis en droit de le faire et World Vision supprimera les documents de sa base de données. Cependant, je comprends également que World Vision ne peut pas limiter la circulation d'images qui ont déjà été diffusées

Signature: [Signature] Date: 29/11/2024

Nom : ZABUSU MBIRAYA CHRISTINE

Adresse, numéro de téléphone (le cas échéant) :

CQ. CINQUANTENAIRE

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☒

Consentement verbal
donné

Le parent/tuteur des enfants âgés de 17 ans ou moins doit signer ci-dessous* :

Signature du parent/tuteur : [Signature] Date: _____

Nom: NGOYA LANBO Relation avec l'enfant _____

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☐

Consentement verbal
donné

*Les enfants non accompagnés âgés de 17 ans ou moins doivent également signer ce formulaire, et une évaluation des risques doit être effectuée avant de soumettre le contenu au reportage.

Contact World Vision

Si vous avez des questions sur l'utilisation de votre histoire et de vos images ou si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez nous contacter.

World Vision [Nom du pays]

Nom de contact: _____

Adresse: _____

Phone: _____ Email: _____

World Vision-Photo/Histoire-Formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire établit que le(s) sujet(s) a (ont) donné son (leur) consentement éclairé pour un reportage, une photo ou une vidéo enregistré(e) par ou pour World Vision. Le journaliste, le photographe ou le vidéaste doit remplir la partie supérieure le jour où le consentement est donné, puis classer le formulaire avec le reportage ou le matériel photo/vidéo.

Nom du journaliste, du photographe ou du vidéaste (en caractères d'imprimerie) : JONAS KINZOMBA

Bureau et numéro de téléphone : 0982293269

Date: 29/11/2024 Lieu: A côté de l'église mejea

Histoire, vidéo ou photo(s) en rapport avec le présent formulaire de consentement :

Le(s) sujet(s) principal(aux) de l'histoire doivent remplir cette section :

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à _____

J'accorde volontairement à World Vision International la permission de publier des photographies, des vidéos ou des enregistrements audio pris de moi et/ou des commentaires que j'ai exprimés lors de notre entretien sur

à des fins éditoriales, publicitaires et promotionnelles pour une utilisation dans tout média imprimé, télévisé, radio, électronique et/ou sur Internet, sans paiement d'une quelconque compensation. J'accepte que World Vision International détienne les droits d'auteur de ces documents et soit autorisé à les utiliser sans limite de temps.

En signant ci-dessous, je reconnais avoir lu et/ou compris les termes de ce consentement. Si je décide ultérieurement de retirer mon consentement, je suis en droit de le faire et World Vision supprimera les documents de sa base de données. Cependant, je comprends également que World Vision ne peut pas limiter la circulation d'images qui ont déjà été diffusées

Signature: [Signature] Date: 29/11/2024

Nom: DOBOLO SANDO DELPHINE

Adresse, numéro de téléphone (le cas échéant) : 083 7025777

Q. CINQUANTAIRE

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☒

Consentement verbal
donné

Le parent/tuteur des enfants âgés de 17 ans ou moins doit signer ci-dessous* :

Signature du parent/tuteur : [Signature] Date: _____

Nom: SANDO DEDAXIA Relation avec l'enfant _____

Facultatif :
Empreinte
du pouce

☐

Consentement
enregistré sur vidéo
(à télécharger avec le
contenu de l'histoire)

☐

Consentement verbal
donné

*Les enfants non accompagnés âgés de 17 ans ou moins doivent également signer ce formulaire, et une évaluation des risques doit être effectuée avant de soumettre le contenu au reportage.

Contact World Vision

Si vous avez des questions sur l'utilisation de votre histoire et de vos images ou si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez nous contacter.

World Vision [Nom du pays]

Nom de contact: _____

Adresse: _____

Phone: _____ Email: _____