



**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) : JOSPIN KABEMBA

Bureau et numéro de téléphone : LIKASI/FUNGURUME - 097442185

Date: 27/12/2024 Lieu: FUNGURUME

Histoire, vidéo ou photo(s) en rapport avec le présent formulaire de consentement :  
Description des enfants sur la nutrition

**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 la nutrition à Fungurume Salle de classe de l'EP Majango

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: 27/12/2024

Nom : MAZIMBA WALAKA TINA

Adresse, numéro de téléphone (le cas échéant) :  
AV DE SPORT N°5, D. LUKEKA  
099 236 8000

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: 27/12/2024

Nom: MAZIMBA TINA Relation avec l'enfant ENCADREUSE

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: \_\_\_\_\_