

QUITTANCE DE PARTICIPANT

Nom de la compagnie : CinéRelève Ltée (le «Producteur»)
Adresse: 343 Pascal-Poirier, Unité 11
Shédiac NB E4P 0E3

TITRE PROVISOIRE DE LA PRODUCTION Documentaire Nouveau Arrivant (DNA)	NUMÉRO DE PRODUCTION 005
NOM DU PRODUCTEUR Jean-Pierre Desmarais pour CinéRelève	DATE PRÉVUES DU TOURNAGE Été 2023
DESCRIPTION DE LA PRODUCTION Documentaire réalisé par les membres de la grande communauté de Shédiac	

J'accepte de participer à cette Production, ainsi que dans toute œuvre cinématographique, tout site Internet afférent et/ou tout supplément DVD qui en découlent. J'accepte que le Producteur enregistre ma voix, ma présence et/ou ma prestation et conséquemment utilise mon nom, ma voix, mon image et ma ressemblance, en tout ou en partie, pour cette Production, ainsi que pour la promotion de cette Production et pour celle du Producteur.

Je comprends que le Producteur et/ou tout cessionnaire seront les détenteurs des droits de cette Production, incluant droits d'auteur et de propriété, et qu'ils pourront l'exploiter par tout mode de distribution ou de transmission connu ou à venir, incluant en compilation, à perpétuité, dans le monde entier, dans toute langue ou version et dans tous les marchés.

J'acquiesce le Producteur, ces cessionnaires et licenciés, contre toute réclamation, responsabilité, poursuite, action, frais et dépense, découlant de l'utilisation par le Producteur en respect des présentes.

Je reconnais que le Producteur n'a aucune obligation d'utiliser les droits concédés en vertu des présentes.

J'ai lu et je comprends la nature et l'effet de l'autorisation et j'accepte être lié(é) par les présentes.

SIGNATURE DU PARTICIPANT		DATE	
NOM ET PRÉNOM DU PARTICIPANT (lettres moulées)		Âge du participant, si mineur	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()
ADRESSE		DESCRIPTION DE LA PARTICIPATION <input type="checkbox"/> Scénario <input type="checkbox"/> Assitant.e.s	
VILLE – PROVINCE – PAYS	CODE POSTAL	<input type="checkbox"/> Réalisation <input type="checkbox"/> Technicien.ne.s	
NOTES SUPPLÉMENTAIRES			

PARTIE À ÊTRE REMPLIE PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE D'UN PARTICIPANT MINEUR

Je déclare être titulaire de l'autorité parentale du participant. Ce consentement est signé par le participant avec mon autorisation. Aucun autre consentement n'est requis pour lier le participant.

SIGNATURE DU TITULAIRE		DATE		
NOM ET PRÉNOM DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE (lettres moulées)		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()		
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	PAYS	CODE POSTAL

Le consentement de _____ est requis.