TICHFA AFRICA INC.

Tigawa International Children's Heart Foundation Africa

Chaque enfant mérite un cœur en bonne santé. • www.tichfa.org • info@tichfa.org

CONSENTEMENT DU PARENT / TUTEUR LÉGAL ET AUTORISATION MÉDIATIQUE

Pour les histoires à impact concernant les enfants, les photographies, les vidéos et les communications de collecte de fonds | Version du formulaire : novembre 2026

1. Détails de l'enfant et du tuteur

Nom public préféré ou pseudonyme de l'enfant

Âge

Nom légal de l'enfant (usage interne uniquement)

Pays

Nom complet du parent / tuteur

Lien de parenté avec l'enfant

E-mail ou téléphone

Langue préférée

2. Ce que vous autorisez

TICHFA AFRICA INC. demande votre permission volontaire pour partager des informations sélectionnées sur votre enfant afin de sensibiliser le public aux cardiopathies pédiatriques et de communiquer la mission de la fondation. Veuillez cocher CHAQUE choix séparément. Une case non cochée signifie AUCUNE autorisation.

Photographies de mon enfant
[ ] OUI [ ] NON

Enregistrements vidéo ou audio de mon enfant
[ ] OUI [ ] NON

Le prénom de mon enfant ou un pseudonyme approuvé
[ ] OUI [ ] NON

L'âge et le pays de mon enfant (sans adresse précise)
[ ] OUI [ ] NON

L'histoire écrite ou enregistrée de notre famille / citations
[ ] OUI [ ] NON

Description générale de la cardiopathie de l'enfant et de son parcours de traitement (uniquement les détails approuvés séparément par moi)
[ ] OUI [ ] NON

3. Canaux de publication approuvés

Site web de la fondation (www.tichfa.org)
[ ] OUI [ ] NON

Comptes de réseaux sociaux de la fondation
[ ] OUI [ ] NON

Brochures imprimées, rapports, bulletins d'information et présentations lors d'événements
[ ] OUI [ ] NON

Appels aux donateurs, documents de parrainage et campagnes de collecte de fonds
[ ] OUI [ ] NON

Médias d'information ou publications de partenaires tiers (examen distinct requis avant diffusion)
[ ] OUI [ ] NON

4. Examen des documents exacts

Avant la première publication, je demande :
[ ] D'examiner et d'approuver l'histoire finale, la sélection de photos et la légende [ ] Aucun examen supplémentaire

Nom public approuvé

Référence ou pièce jointe de l'histoire / image approuvée

5. Conditions importantes de confidentialité et de consentement

• La participation est volontaire. Refuser ou retirer le consentement de diffusion ne affectera pas les orientations médicales, l'examen d'éligibilité ou les autres soutiens de la fondation.

• La fondation ne publiera pas les noms légaux complets, les adresses du domicile exactes, les dossiers médicaux, les numéros d'identification ni des informations médicales détaillées sans autorisation explicite distincte. Aucun diagnostic ni résultat de traitement n'est sous-entendu s'il n'est pas vérifié.

• Le contenu en ligne peut être copié, partagé, archivé ou téléchargé par d'autres ; la suppression complète des sites tiers ne peut être garantie.

• Je peux retirer mon autorisation pour toute utilisation future en écrivant à info@tichfa.org. TICHFA arrêtera les nouvelles utilisations et fera des efforts raisonnables pour retirer le contenu qu'elle contrôle,

mais les distributions imprimées antérieures et les copies de tiers peuvent subsister.

• L'autorisation est non exclusive, sans paiement, et ne s'applique qu'aux utilisations cochées. TICHFA ne vendra pas l'image ou l'histoire de l'enfant et ne l'utilisera pas pour suggérer un résultat médical garanti.

6. Déclaration et signatures du tuteur

Je confirme que je suis le parent de l'enfant ou son tuteur légalement autorisé, que je comprends les choix ci-dessus et que j'autorise volontairement UNIQUEMENT les éléments marqués OUI. Je comprends que je peux poser des questions avant de signer.

Signature du tuteur

Date

Signature du second tuteur (si requise)

Date

Assentiment de l'enfant (lorsque l'âge le permet)

Date

7. Usage interne de la fondation — ne pas publier

Consentement reçu par

Date

Identité / autorité vérifiée :
[ ] Oui [ ] En attente

Histoire et médias examinés :
[ ] Oui [ ] En attente

Publication approuvée par

Date

Numéro d'enregistrement du consentement

Demande de retrait / notes de restriction

Contact : +1 855-441-4555 (sans frais) | +1 603-704-3756 | +1 617-291-6821 | +1 614-571-9333 | +256 701 238 006
Siège social États-Unis : 459 Columbus Ave, New York, NY 10024, États-Unis | Bureau régional Afrique de l'Est : Plot 62 Bombo Road, Kampala, Ouganda

TRADUCTION À FAIRE VÉRIFIER PAR UN RÉVISEUR JURIDIQUE / MÉDICAL FRANCOPHONE QUALIFIÉ AVANT UTILISATION AVEC LES PATIENTS.