|  |  |
| --- | --- |
| **QUITTANCE DE****PARTICIPANT** | **Geneviève Plourde** Animatrice en loisirs et culture**Ville de Gaspé**25, rue de l’Hôtel-de-VilleGaspé (Québec) G4X 2A5418 368-2104 poste 8524genevieve.plourde@ville.gaspe.qc.ca |

|  |  |
| --- | --- |
| **TITRE PROVISOIRE DE LA PRODUCTION :**Concours Vues D’ICI | **NUMÉRO DE PRODUCTION** (Duane Cabot)**:** |
| **NOM DU PRODUCTEUR**Duane Cabot, Vidéaste-cinéaste | **DATE LIMITE DE DÉPÔT DE PROJET** : 31 mars 2020 |
| **DESCRIPTION DE LA PRODUCTION :**Court documentaire réalisé dans le cadre du Concours Vues D’ICI |  |

Je déclare et garantit que le contenu de ma proposition de projet de documentaire est original et n’enfreint aucun droit de tiers, y compris, sans limitation, les droits de propriété intellectuelle, le droit à la vie privée, le droit à l’image et de droit à la réputation.

Je reconnais que, en sa qualité de financiers ou de maîtres d’œuvre, la Ville de Gaspé et Vues sur mer conservent l’autorisation d’utiliser l’œuvre produite au-delà des fins du concours Vues d’Ici.

Par ma participation au concours, j’autorise, si requis, les organisateurs à utiliser mon nom, mon âge ou ma photographie dans leurs communications post-concours.

Toute personne participant à mon court documentaire doit avoir préalablement signé un formulaire attestant qu’il a bien compris et qu’il accepte les conditions de réalisation et de diffusion de l’œuvre produite.

Je reconnais avoir pris connaissance de toutes les clauses énumérées dans le document présentant les règlements de ce concours.

Je reconnais que la Ville de Gaspé, Vues sur mer et Duane Cabot n’ont 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **PRÉNOM ET NOM DU PARTICIPANT** (lettres moulées) |  | **Âge du participant**(si mineur) |  |  |
|  |  |  |
| **ADRESSE** |  | **VILLE – PROVINCE – PAYS** |
|  |  |  |  |  |
| **Code Postal** |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE DU PARTICIPANT** |  | **DATE** |  |  |

**PARTIE À ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE
DU 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **PRÉNOM ET NOM DU TITULAIRE DE L’AUTORITÉ PARENTALE** (lettres moulées) |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **ADRESSE** |  | **VILLE – PROVINCE – PAYS** |
|  |  |  |  |  |
| **Code Postal** |  | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE DU TITULAIRE DE L’AUTORITÉ PARENTALE** |  | **DATE** |  |  |