

CONTRAT D'INVESTIGATION

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

NOM :

PRENOM :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Email : _____

LIEU DE L'INVESTIGATION

Adresse: _____

Description: _____

AUTORISATION D'INVESTIGATION

Je soussigné, Madame, Monsieur _____

Domicilié au _____

Autorise les membres de P.I.B à réaliser une enquête au sein de mon établissement en date du _____

P.I.B décline toutes responsabilités concernant un éventuel accident qui pourrait survenir pendant et/ou après l'investigation.

AUTORISATION AUDIOVISUELLE

P.I.B reste le seul et unique propriétaire de tout enregistrement photo, audio et vidéo réalisé lors de l'investigation. Par conséquent P.I.B ce garde le droit d'utiliser tous ses enregistrements à des fins de recherches, de diffusions et de publications.

Cependant, dans un souci de respect de la vie privée, P.I.B s'engage à ne jamais divulguer d'aucune manière le nom et l'adresse du ou des demandeurs.

Je souhaite préserver mon anonymat et celui de toute ma famille et désire que nos visages soient floutés

NON OUI

Je souhaite préserver mon anonymat et celui de toute ma famille et désire que nos voix soient modifiées

NON OUI

Signature du demandeur (précédé de la mention « lu et approuvé »)

Fait à _____, le _____