



## ***Demande d'affranchissement de droit d'auteur pour les œuvres de Santé Canada***

Pour de l'assistance à compléter ce formulaire, veuillez s'il vous plaît communiquer avec nous aux coordonnées indiquées sur la dernière page de ce formulaire. Veuillez prendre note que ce formulaire s'adresse aux **œuvres de Santé Canada seulement**, et que **toutes les cases marquées d'un astérisque (\*) doivent être complétées**.

### **1. INFORMATION SUR LE DEMANDEUR**

(\*) **Nom** : Titre (M., Mme, Mlle, Me, Docteur), Prénom, Nom de famille

**Organisme** (si applicable)

(\*) **Adresse postale**

(\*) **Ville**

(\*) **Province/État**

(\*) **Code postal ou zip**

(\*) **Pays (autre que le Canada)**

(\*) **N° de téléphone**

  
( )

N° de télécopieur

  
( )

Courrier électronique

Adresse du site Web (si applicable)

(\*) **Si la permission est accordée, nom de la personne ou de l'organisme qui a besoin de l'autorisation :**

Individu mentionné ci-haut

Organisme mentionné ci-haut

Autre :

## 2. INFORMATION SUR L'ŒUVRE DU DEMANDEUR

### (\*) But

Reproduction     Adaptation     Révision

Traduction (spécifier le langage de votre œuvre)

(\*) **N.B.** Si le matériel doit être adapté ou révisé, des copies de l'adaptation et/ou de la révision de votre œuvre ainsi que de l'œuvre de Santé Canada doivent être soumises avec votre demande.

### (\*) Format(s) de votre œuvre

Papier     Internet     Cédérom     DVD

Bande sonore     Disquette     Vidéo/Film     Autre : \_\_\_\_\_

### (\*) Nombre de copies à être imprimées ou produites

OU

Adresse URL pour toutes les pages  
où votre œuvre sera publiée

### (\*) Utilisation finale

Commerciale     Non-Commerciale     Enseignement     Distribution gratuite

Publicité/Promotion     Autre (préciser)

### (\*) Prix provisoire pour vente commerciale OU Prix provisoire pour recouvrement de coûts

### (\*) Territoire où votre œuvre sera distribué

Canada     Mondial     Autre (préciser) \_\_\_\_\_

## 3. RÉPONSE

J'aimerais recevoir une réponse avant le

Jour / Mois / Année

## 4. AUTRE

Avez-vous précédemment reçu une approbation pour  
l'utilisation de ce même matériel?

Oui     Non

Si oui, date d'approbation antérieure (si disponible)

## 5. INFORMATION SUR L'ŒUVRE DE SANTÉ CANADA

(\*) Titre

Année/Date de publication :

(\*) Format de la source du matériel :

- Papier     Internet     Cédérom     Vidéo/Film  
 Disquette     Bande sonore     DVD  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

(\*) Numéros de référence

(ISBN, ISSN, N° de catalogue ou de la publication)

OU

(\*) URL exact où le matériel est publié :

(\*) Description précise du matériel à être utilisé :

Volume/  
Fascicule

S/O

N° de page(s)

Entier

S/O

N° de tableau/  
ou figure

S/O

Image/  
N° de photo/  
Description

S/O

Information supplémentaire (Veuillez annexer une nouvelle feuille de papier s'il vous faut plus d'espace)

  

---

---

---

---

---

6. N° DE DOSSIER DU DEMANDEUR

(Si vous voulez attribuer un numéro)

Toute correspondance  
doit être adressée à :

Stephan Banville  
Agent administratif de publications  
Marketing et services de création  
3 étage, édifice Jeanne-Mance, I/A 1903D  
Ottawa, Ontario K1A 0K9

Téléphone : (613) 957-2970    Télécopieur : (613) 957-1395    Courriel : [Pubsadmin@hc-sc.gc.ca](mailto:Pubsadmin@hc-sc.gc.ca)