DEMANDE DE DROITS D'AUTEUR

Date	**Nom de la personne-ressource**	
Organisation		
Êtes-vous un organisme sans but lucratif? **Oui** ☐ **Non** ☐		
Adresse		
Ville	**Province**	**Code postal**
Tél. ( )	**Téléc. ( )**	**Courriel**

Demande de réimpression √ **Précisez (numéro de page, titre, source, etc.)**

Document de principes		
Avis du médecin		
Dépliant ou brochure		
Livre		
Tableau ou figure		
Autre		

Utilisation du document

Veuillez décrire comment vous avez l'intention d'utiliser le document :	
Avez-vous l'intention de réimprimer : le document entier ☐ **une partie du document** ☐ **Précisez quelle partie :**	
Nombre d'exemplaires prévu :	**Date de distribution :**
Veuillez décrire le mode de distribution :	**Le document sera-t-il vendu? Oui** ☐ **Non** ☐

Télécopiez cette demande de droits d'auteur à :

Société canadienne de pédiatrie

À l'attention de *Rights and Permissions* , coordonnatrice des publications

(613) 526-3332, ou écrivez à info@cps.ca