

Dans le cas de personne majeure autonome

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Résident(e) à l'EHPAD du Centre hospitalier de
Montrichard,

Dans le cas de personne majeure sous tutelle

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Représentant (e) légal (e) de madame, monsieur

Nom :

Prénom :

Résident(e) à l'EHPAD du Centre hospitalier de
Montrichard,

autorise – n'autorise pas (barrer la mention inutile)

la prise de photographies, d'enregistrement de son ou de vidéo dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,

la diffusion des photographies et/ou d'enregistrement de son ou de vidéo réalisées pour les usages suivants :

- exposition de photographies au sein de l'établissement,
- publication de l'établissement,
- articles transmis à la commune de Montrichard et à la presse locale,
- reportages internes.

Cette utilisation concerne la durée d'hébergement.

Les photographies et/ou les enregistrements de son ou de vidéo ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. Leurs publications ou leurs diffusions ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à la loi, le libre accès à ses données est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies et/ou des enregistrements de son ou de vidéo.

Date :

Signature :

Exemplaire établissement – résident ou son représentant légal (barrer la mention inutile).