



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Personne majeure

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Personne majeure sous tutelle

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Représentant(e) légal(e) de :

Nom :

Prénom :

résidant à l'EHPAD du Centre Hospitalier du pays de Craponne sur arzon, 43500 Craponne sur Arzon,

autorise

la prise de photographies ou de vidéos dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement, réalisées pour les usages suivants :

(Cocher vos souhaits)

Intégration dans le dossier médical informatisé

oui non

(Afin de sécuriser la prise en charge)

Exposition de photographies au sein de l'établissement :

oui non

Publication dans le journal des résidents,

oui non

Publication sur le site internet de l'établissement,

oui non

Publication sur les réseaux sociaux de l'établissement

oui non

Diffusion dans le cadre des articles transmis à la presse locale et aux partenaires (associations)

oui non

oui non

Cette autorisation est valable un an, sans information de votre part elle sera reconduite tacitement. Elle pourra être révoquée à tout moment. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages que ceux mentionnés ci-dessus. La publication ou la diffusion des photographies ne devront pas porter atteinte à la dignité, à la vie privée ou à la réputation. Conformément à l'article 9 du code civil, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l'usage qui en est fait et le droit de retrait des photographies.

Le droit à l'image s'applique aux photographies de type portrait et ne concerne pas les photos de groupe.

Date :

Signature :