



## 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

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 :