**\* \* \* \* \* \***  **\* \* \* \* \* \***

Résident : Tuteur ou représentant(e) légal(e)

Je soussigné(e) : Je soussigné(e) :

Nom : ……………………………… Nom : ………………………………….

Prénom : …………………………… Prénom : ………………………………

 Adresse : ………………………………

 …………………………………………

 …………………………………………

Résident à l’EHPAD « Les Hortensias », 3 impasse Georges Clémenceau, 89600 ST FLORENTIN,

 🗆 Autorise

 l’ehpad à prendre des photos dans le cadre des animations et des besoins administratifs

 🗆 N’autorise pas

🗆 Autorise

 l’ehpad à prendre des photos pour les mettre sur les réseaux sociaux (facebook…)

 🗆 N’autorise pas

Validité de l’autorisation sur toute la durée de l’hébergement.

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 la loi, le libre accès aux données photographiques est garanti ainsi que la possibilité de vérifier l’usage qui en fait et le droit de retrait des photographies.

Date : Signature