

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION DE L'IMAGE D'UN RÉSIDENT

Nom de l'établissement :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur :

Domicilié(e) :

.....

Téléphone : Mobile :

AGISSANT EN QUALITÉ DE :

- Résident(e) lui/elle-même (capable de consentir)
- Représentant légal (tuteur/curateur)
- Personne de confiance désignée
- Autre (préciser) :

CONCERNANT LE/LA RÉSIDENT(E) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Chambre N° :

J'AUTORISE (COCHER LA CASE) OU JE N'AUTORISE PAS (NE PAS COCHER)

Que le/la résident(e) soit photographié(e) et/ou filmé(e) pour :

- L'utilisation et la diffusion des photographies et/ou vidéos pour les publications institutionnelles de l'établissement (plaquettes, rapport d'activité, affichage interne...).
- La diffusion pour les événements internes à l'établissement (animations, sorties, fêtes, cérémonies, etc.).
- La diffusion sur notre plateforme RGPD privée et sécurisée, uniquement réservée aux familles et proches du résident.
- La diffusion sur le site internet de l'établissement (espace public).
- Je refuse que le/la résident(e) soit photographié(e) et/ou filmé(e), quel que soit l'usage ou le support.

L'autorisation est valable pour la période suivante ::

INFORMATIONS LÉGALES

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image du/de la résident(e) (photographie, vidéo, voix), quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre du projet de vie de l'établissement et les objectifs ont été préalablement expliqués au/à la résident(e) et/ou à son représentant légal.

Les photos et/ou vidéos ne seront ni communiquées à des tiers non autorisés, ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus. La diffusion de l'image du/de la résident(e), ainsi que les légendes non-nominatives, ne devront pas porter atteinte à sa dignité, à sa vie privée ou à sa réputation.

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui concernent le/la résident(e) est garanti. Nous pourrions à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et nous disposons du droit de retrait de cette autorisation à tout moment, sans justification.

Vu le Code Civil (article 9), la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7). Vu le règlement général européen N° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données (RGPD) et la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018.

Vu la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, garantissant le respect de la dignité et de l'intégrité des personnes accueillies.

CONSENTEMENT ET SIGNATURE DU/DE LA RÉSIDENT(E)

- On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce document.
- On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement.
- Je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image et/ou ma voix.

Nom & prénom du/de la résident(e):

Signature :

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

En cas de changement ou de demande de modification, merci d'en informer la direction de l'établissement à L'adresse e-mail suivante :

Fait à : Le :

Signature du/des représentant(s) légal(aux) ou de la personne de confiance :

.....