

Contrat de Séjour ANNEXES

x x

Table des matières

ANNEXE 1 : prestations hébergement	2
Prestations obligatoires (décret 2015-1868 du 30 décembre 2015) :	2
Prestations complémentaires comprises dans le tarif hébergement socle	3
Prestations occasionnelles	3
ANNEXE 2 : participation financière du résident	4
ANNEXE 3 : formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du casf	5
ANNEXE 4 : formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité d'écrire seul(e) le formulaire en annexe 2... 6	6
ANNEXE 5 : annexe au contrat de séjour	8
ANNEXE 6 : contrat de caution solidaire à durée indéterminée	11
ANNEXE 7 : avenant animaux	12
ANNEXE 8 : attestation de dépôt de biens précieux	13
ANNEXE 10 : fiche de consentement pour acte de télémedecine	16
Formulaire de consentement du Résident	17
ANNEXE 11 : établissement sous vidéo protection	18

ANNEXE 1 : prestations hébergement

Prestations obligatoires (décret 2015-1868 du 30 décembre 2015) :

Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), l'Aide sociale à l'Hébergement (AS) et l'Allocation Logement (APL) ;

2° Élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition d'un logement (individuel) et des locaux collectifs ;

2° Accès à une salle d'eau comprenant *à minima* un lavabo, une douche et des toilettes ;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans le logement et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;

5° Entretien et nettoyage des logements, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans le logement;

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans les logements et dans tout l'établissement.

Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.
Marquage et entretien du linge personnel des résidents.

Prestation d'animation de la vie sociale :

- 1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
- 2° Organisation des activités extérieures.

Prestations complémentaires comprises dans le tarif hébergement socle

- ✓ Repas dans le logement
- ✓ Blanchissement du linge (hors vêtements fragiles)
- ✓ Marquage du linge au nom du Résident

Blanchissage : Le linge personnel du résident est entretenu par l'établissement.

Montant du tarif socle journalier des prestations hébergement (Détailé au I et II de la présente annexe) au 1 ^{er} juin 2025 (Chiffres donnés à titre d'exemple. Les coûts de l'année en cours sont affichés à l'entrée).
--

Logement individuel : 82,28 € (Hébergement 76,23€ + Ticket modérateur 6,05€)

Prestations occasionnelles

Le Résident a la possibilité d'inviter des convives pour déjeuner, en semaine, aux tarifs suivants :

- Déjeuner : 12,00 €
- Dîner : 8,00 €

L'Etablissement met à disposition, via des prestataires extérieurs, certaines prestations (coiffeur, esthéticienne, pédicure...). Les facturations sont gérées via l'Association S.E.V.E et payables par le Résident soit directement au Prestataire, soit par l'intermédiaire de l'Association S.E.V.E. Dans le dernier cas le montant fait l'objet d'une facturation séparée et adressée par l'Association.

ANNEXE 2 : participation financière du résident

À la date de la signature du présent contrat, le tarif journalier du Résident est donc décomposé comme suit :

1. Hébergement :

- Résident ayant signé un contrat de séjour AVANT le 01/06/2025 : 66,29 €
- Résident ayant signé un contrat de séjour APRES le 01/06/2025 : 76.23 €
- Résident (quel que soit la date d'entrée) étant bénéficiaire de l'Aide Sociale à l'Hébergement : 66,29€

2. Dépendance (quel que soit la date d'entrée dans l'établissement) :

GIR 1 - 2 : 22,46 euros

GIR 3 - 4 : 14,26 euros

GIR 5 - 6 : 06,05 euros

À noter : Pour calculer le montant mensuel des frais de séjour, ces tarifs journaliers sont multipliés par le nombre de jours dans le mois. Le coût journalier est donné en Article II de cette annexe. Le GIR donné est à titre informatif.

ANNEXE 3 : formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article l.311-5-1 du casf

Je soussigné(e) :	x	Né(e) le :		A :	
Désigne :		Né(e) le :		A :	
		Téléphone :		@ :	
		Adresse :			

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à Divatte sur Loire,

Le 12:00:00 AM

Signature du Résident :

Cosignature de la personne de confiance :

Lorsque le résident est sous mesure de protection judiciaire et que le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à le représenter ou l'assister pour les actes relatifs à sa personne, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille ou à défaut du juge des tutelles.

Lorsque la personne de confiance a été désignée antérieurement au prononcé de la mise sous protection, le conseil de famille ou le juge le cas échéant, doit confirmer ou révoquer sa mission.

ANNEXE 4 : formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité d'écrire seul(e) le formulaire en annexe 2

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Atteste que la désignation de

Nom et prénom : _____

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom : _____

Fait à : DIVATTE SUR LOIRE

Le : _____

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Témoin 2 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Atteste que la désignation de

Nom et prénom : _____

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom : _____

Fait à : DIVATTE SUR LOIRE

Le : _____

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Atteste également que :

Nom et prénom : _____

☐ a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

Oui ☐ non ☐

☐ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer

Oui ☐ non ☐

☐ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :

Oui ☐ non ☐

Fait à DIVATTE SUR LOIRE

Le _____

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : _____

Atteste également que :

Nom et prénom : _____

☐ a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code :

Oui ☐ non ☐

☐ lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer

Oui ☐ non ☐

☐ lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :

Oui ☐ non ☐

Fait à DIVATTE SUR LOIRE

Le _____

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

ANNEXE 5 : annexe au contrat de séjour

Entre:

Résidence EHPAD Le Clos du Moulin représentée par M^r Sébastien THALER, en sa qualité de directeur, 1, rue de Galerne-La Chapelle Basse Mer-44450 DIVATTE SUR LOIRE.

Désigné ci-après «l'établissement»,

Et:

x x, résident(e) de l'établissement le Clos du Moulin

Désigné ci-après «le résident»;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 311-4 et L. 311-4-1,

Il est convenu ce qui suit:

Préambule

La liberté d'aller et venir est un principe de valeur constitutionnel, qui reconnaît à l'individu le droit de se mouvoir et de se déplacer d'un endroit à l'autre. L'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne âgée, telle qu'introduite par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, garantit au résident le droit à son autonomie et la possibilité de circuler librement. Le législateur énonce les modalités de mise en œuvre concrète de la liberté d'aller et venir au regard notamment des nécessités liées au respect de l'intégrité physique et de la sécurité de la personne.

L'annexe au contrat de séjour mentionnée à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles est un document à portée individuelle mis en œuvre seulement si la situation du résident le requiert. Elle a pour objectif d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins individuels du résident en matière de soutien de sa liberté d'aller et venir dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité. Comme le précise le législateur, les mesures envisagées ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. L'annexe au contrat de séjour est le fruit du travail pluridisciplinaire de l'équipe médico-sociale de l'établissement, qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident, dans le respect du secret médical, pour identifier les besoins du résident.

S'il le souhaite, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique ou, après accord du résident, sa personne de confiance, peut demander, préalablement à la signature de l'annexe, à être reçu par le médecin coordonnateur ou à défaut, par une personne de l'équipe médico-sociale ayant participé à l'évaluation pluridisciplinaire ou par le médecin traitant, pour bénéficier d'explications complémentaires, notamment d'ordre médical, sur les mesures envisagées.

L'annexe est signée lors d'un entretien entre le résident et, le cas échéant, de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou en présence de sa personne de confiance, et le directeur d'établissement ou son représentant.

Article 1 – Objet de l'annexe

La présente annexe définit les mesures particulières et individuelles strictement nécessaires que le médecin coordonnateur propose au directeur de l'établissement pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir au sein de la structure. Ces mesures sont élaborées par le médecin coordonnateur, ou à défaut le médecin traitant, et l'équipe médico-sociale de l'établissement en fonction des besoins identifiés à la suite de l'examen médical du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures.

Ces mesures sont élaborées conformément au cadre constitutionnel et légal rappelé en préambule. La présente annexe prévoit également les modalités relatives à sa durée, à sa révision et à son évaluation.

Article 2 – Mesures particulières prises par l'établissement

Conformément à l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie, *«dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement.»*

Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité du résident en maintenant le contact avec lui et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives. L'établissement porte une attention particulière à la promotion de la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son état de santé, dans le respect de son intégrité physique et de sa sécurité.

Dans ce cadre, l'établissement est tenu de rechercher, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement du résident pour la mise en œuvre de mesures visant à assurer son intégrité physique et sa sécurité dès lors qu'elles sont strictement nécessaires et proportionnées aux risques encourus.

Les mesures individuelles et applicables à la situation particulière du résident prises par l'établissement sont retracées dans le tableau ci-dessous, dans lequel le résident exprime son acceptation.

Tableau à compléter sur la base de l'évaluation pluridisciplinaire du résident

Mesures proposées	Accord	Absence d'accord	Observations complémentaires

Article 3 - Durée de l'annexe

La présente annexe est conclue pour une durée de 5 ans. Elle peut être révisée à tout moment et les mesures qu'elle comporte sont réévaluées au moins tous les six mois.

Article 4 - Évaluation de l'adaptation des mesures individuelles mentionnées dans l'annexe au contrat de séjour

L'établissement s'engage à procéder à une évaluation continue de l'adaptation des mesures individuelles prévues dans la présente annexe. Si l'établissement constate que les mesures prévues n'ont pas été mises en œuvre ou ne l'ont pas été d'une manière à satisfaire l'objectif qui lui était assigné, il s'engage à mettre en place toute action visant à pallier ces manquements.

Article 5 - Modalités de révision de l'annexe

Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, à la demande écrite du résident ou de la personne chargée de sa protection en cas de mesure de protection juridique, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il peut également faire l'objet d'une révision à l'initiative du directeur de l'établissement, du médecin coordonnateur ou du médecin traitant en l'absence du médecin coordonnateur.

A DIVATTE SUR LOIRE,

Le 12:00:00 AM

Le Résident,

Sébastien THALER, Directeur



ANNEXE 6 : contrat de caution solidaire à durée indéterminée

Je soussigné(e) :		Né(e) le :		A :	
Profession :					
		Téléphone :		@ :	
		Adresse :			

Déclare, en ma qualité de débiteur d'aliments au sens de l'article 205 du Code civil, me porter caution solidaire, sans limitation de durée et sans pouvoir exiger la poursuite préalable du résident, du règlement de toutes les sommes que pourrait devoir le Résident à la Résidence EHPAD Le Clos du Moulin, sise au 1, rue de Galerne-Le Chapelle Baser-Mer-44450 DIVATTE SUR LOIRE, représentée par Sébastien THALER, en sa qualité de Directeur, résultant du contrat de séjour signé le {{SEJOUR.DateDebut}} pour un logement situé dans cet établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire du contrat de séjour, que j'ai moi-même émargé, et avoir pris connaissance de ses clauses et conditions spécialement du montant du tarif hébergement qui s'élève à la somme de 60,03 € du ticket modérateur du tarif dépendance qui s'élève à la somme de 5.60€. Je reconnais, en outre être informé(e) de la situation financière du résident.

Le présent cautionnement garantit, au profit de l'établissement susmentionné, le paiement de tout ce que le résident peut devoir à l'EHPAD et en particulier : les tarifs hébergement et dépendance ainsi que les éventuelles réparations mises à la charge du résident.

Reproduction manuscrite :

Je, soussigné, M

.....
.....,

En me portant caution solidaire de M

.....,

Résident, m'engage à rembourser sur mes revenus et sur mes biens personnels les sommes dues par le résident en cas de défaillance de ce dernier. Je mesure donc l'importance et la portée de mon engagement.

Je reconnais être en possession d'une copie du contrat de séjour aux termes duquel le montant du tarif hébergement est de 62,07 € et le montant du ticket modérateur du tarif dépendance de 5,83 €. Ces montants sont révisés chaque année par décision du Conseil départemental de Loire Atlantique.

Fait à DIVATTE SUR LOIRE
Le 12:00:00 AM

Signature

--

ANNEXE 7 : avenant animaux

Le directeur de l'établissement, Sébastien THALER,

Autorise, le Résident à emménager accompagné de son animal de compagnie (cf. arrêté du 03/03/2025 en application de la loi dite « bien-vieillir » du 08/04/2025).

Au moment de l'admission du résident ou de l'arrivée de l'animal, produire **un certificat vétérinaire**. Les mentions devant y figurer sont les suivantes : identification de l'animal, ses caractéristiques (espèce, race le cas échéant, âge, poids, et autres signes distinctifs), les vaccinations réalisées, un certificat vétérinaire de stérilisation, les traitements et soins requis. Assurer et prendre en charge les soins vétérinaires requis ; Veiller à l'absence de comportement dangereux de l'animal, « y compris dans les espaces privés ».

L'animal n'aura pas accès aux parties communes et devra être tenu en laisse dans l'enceinte de l'établissement.

Il ne devra en aucun cas causer de désagréments aux autres résidents.

Si le résident venait à être hospitalisé, si son autonomie se dégradait au point qu'il ne puisse prendre soin de celui-ci et notamment assurer l'hygiène, dans tout autre cas empêchant le Résident de s'occuper correctement de l'animal ou si la tranquillité des autres résidents venait à être perturbée, celui-ci serait confié à :

NOM-Prénom :		Né(e) le :		A :	
		Téléphone :		@ :	
		Adresse :			

Qui s'engage à venir chercher l'animal dans les brefs délais et au plus tard dans les 24 heures suivant la demande faite par l'établissement.

Passé ce délai, l'animal serait confié par l'établissement à la SPA la plus proche.

Dans le cas où la personne mandatée ne pourrait plus respecter les termes du présent avenant, elle s'engage à prévenir sans délai le directeur de l'établissement qui fera signer un nouvel engagement à la personne désignée par le Résident.

Fait à DIVATTE SUR LOIRE,
Le 12:00:00 AM

Monsieur/Madame (la personne
Mandatée) :,
Qui par sa signature accepte les termes du présent avenant au contrat de séjour.

--

PS : si l'animal de compagnie est amené sur l'EHPAD de temps en temps par une tierce personne, ce document n'est pas à remplir.

ANNEXE 8 : attestation de dépôt de biens précieux

Je soussigné(e) le Résident, avoir déposé ce jour au coffre-fort de la résidence EHPAD Le Clos du Moulin, sous la responsabilité de Mr THALER, Directeur, mes biens suivants :

-
-

Attestation faite pour servir et valoir ce que de droit
A DIVATTE SUR LOIRE,
Le

Le Directeur,	Le Résident,	Le témoin,
Signature	Signature	NOM-Prénom : Signature

Si la personne déposante n'est pas le propriétaire de ces biens, remplir cette partie :

Nom du résident :

Nom du déposant :

.....

Liste des biens déposés :

-
-

Attestation faite pour servir et valoir ce que de droit
A DIVATTE SUR LOIRE,
Le

Le Directeur,	Le Résident,	Le témoin,
Signature	Signature	NOM-Prénom : Signature

RESTITUTION DES BIENS

Biens restitués le par

Monsieur/Madame.....

Signature

À (Nom de la personne qui récupère le bien) Monsieur/Madame

.....

Signature

ANNEXE 9 : droits à l'image

Dans le cadre de la vie de l'établissement, des prises de vue des personnes accueillies pourront être effectuées et exploitées sur différents supports.

Au cours du séjour du Résident au sein de l'établissement, il se peut qu'à l'occasion de diverses manifestations, il soit pris des photos. Ces dernières peuvent être exposées ou servir de supports à des documents.

Dans ce cadre, le Résident,

☐ Autorise le personnel à prendre des photos (activités quotidiennes, animations et sorties organisées par l'établissement)

☐ N'autorise pas le personnel à prendre des photos

☐ Donne son accord pour la diffusion de ces dernières :

- Au sein de l'établissement (expositions, bricolage, trombinoscope, gazette) ☐ Oui ☐ Non
- À l'extérieur de l'établissement (brochure d'information, journal local, bulletin communal, livret d'accueil, site Internet, gazette) ☐ Oui ☐ Non

Signature du/de la résident(te)

Signature du représentant légal

Cette autorisation est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment à votre demande.

Elle est incessible et s'applique aux utilisations décrites ci-dessus, réalisées exclusivement par l'Ehpad.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération, quelle qu'elle soit.

Les légendes accompagnant la diffusion de la (ou des) photographie(s) ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

Le droit à l'image s'éteint lors du décès et tombe dans le domaine public.

ANNEXE 10 : fiche de consentement pour acte de télémedecine

Formulaire d'information et de consentement

Chère Résident(e),

Dans le cadre de votre hébergement, notre établissement vous propose de bénéficier de téléconsultations en Télémedecine. Pour cela il fait appel à des médecins spécialistes experts qui pourront intervenir à distance dans le cadre de votre prise en charge médicale.

Qu'est-ce que la télémedecine ?

La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La télémedecine permet d'améliorer les soins dont vous pourrez bénéficier au sein de notre établissement en évitant de vous déplacer.

L'exercice de la télémedecine est une pratique encadrée par la loi (article L.6316-1 du Code de la Santé Publique et décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010).

La confidentialité et la protection de vos données

La télémedecine nécessite un échange d'informations entre les professionnels qui participent à votre prise en charge en télémedecine.

Sauf opposition justifiée de votre part, les informations recueillies lors de vos actes de télémedecine feront l'objet d'un enregistrement informatique réservé à l'usage des professionnels qui participent à vos soins, sur place ou à distance.

Ces informations sont conservées dans un espace sécurisé garantissant toutes les exigences de confidentialité et de sécurité de vos données.

VOS DROITS :

Tout acte de télémedecine requiert votre consentement.

Vous avez libre choix d'accepter ou non de bénéficier d'une prise en charge en télémedecine. Dans ce cas, il vous suffira de prévenir le médecin de notre établissement de votre souhait de ne pas bénéficier d'une prise en charge en télémedecine.

Vous pouvez exercer votre droit de liberté de choix du praticien en indiquant les noms des médecins que vous ne souhaitez pas voir intervenir dans votre parcours de soins.

Formulaire de consentement du Résident

Rempli par :

- ☐ le résident,
- ☐ le représentant légal,
- ☐ la personne de confiance.

Identification du résident : x x,

Reconnais avoir été informé(e) par la Résidence Le Clos du Moulin,
Des objectifs de l'utilisation de la télémedecine dans le cadre de ma prise en charge médicale.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'aucun acte ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir reçu une note d'information détaillée sur la télémedecine.

Je reconnais avoir été informé(e) que mes données seront conservées dans le dossier patient informatisé.

Je consens donc à bénéficier d'une prise en charge en Télémedecine lors de mon séjour et reconnais la possibilité qui m'est réservée de retirer mon consentement à tout moment.

Je consens au partage de mes données de santé personnelles au sein de l'équipe de soins participant à ma prise en charge en télémedecine.

Fait à DIVATTE SUR LOIRE

Le 12:00:00 AM

Signature :

Signature du/de la résident(te)

Signature du représentant légal

ANNEXE 11 : établissement sous vidéo protection

Cet immeuble est placé sous vidéo protection par la direction à des fins de sécurité des biens et locaux. Les images enregistrées par les caméras peuvent être visualisées par, la direction. Elles sont supprimées un mois après leur enregistrement. Pour toute information sur ce dispositif ou pour exercer votre droit d'accès aux images vous concernant, contactez :

Notre délégué à la protection des données : M. Tony PERRIN

Ou la direction : M. Sébastien THALER

Vous pouvez adresser une réclamation à l'autorité française de protection des données (CNIL, www.cnil.fr) si vous estimez que ce dispositif n'est pas conforme aux règles de protection des données personnelles.