

Dossier d'admission à fournir une semaine avant la date d'entrée

(délai impératif)

PIECES A FOURNIR

- 1 Photocopie de la carte d'identitéRemis le :/...../.....
- 2 Photocopie du livret de familleRemis le :/...../.....
(Si votre enfant est majeur merci de joindre la notification d'attribution de la tutelle)
- 3 Attestation de droits à l'assurance maladie et carte vitaleRemis le :/...../.....
- 4 Carte d'adhésion à l'assurance complémentaire santé.....Remis le :/...../.....
- 5 Attestation de l'assurance en responsabilité civileRemis le :/...../.....
- 6 Notification d'orientation de la MDPHRemis le :/...../.....
- 7 Carte Mobilité Inclusion
- 8 La carte du groupe SanguinRemis le :/...../.....
- 9 Les prescriptions médicales en cours, les comptes rendus de visite chez des spécialistes, le carnet de santé ou de vaccinations (ces documents sont traités par le service infirmier dans le respect du secret professionnel)Remis le :/...../.....
- 10 Une autorisation d'intervention médicale en cas d'urgence signée mais non datée. (modèle fourni par l'établissement)Remis le :/...../.....
- 11 Une autorisation de baignade et de pratique des activités physiques et sportives en usage dans et hors de l'établissement, si ces activités sont accessibles au résident. (modèle fourni par l'établissement)Remis le :/...../.....
- 12 Une autorisation de sortie à l'extérieur pour les activités socialisantes diverses (Fêtes locales, rencontres, sortie pour les achats) (modèle fourni par l'établissement)Remis le :/...../.....
- 13 Personnes à prévenir en cas d'urgenceRemis le :/...../.....
- 14 La liste des personnes autorisées à venir chercher le résident pour toute sortie, quelle que soit la durée.Remis le :/...../.....
- 15 Eventuellement la liste des personnes qui ne sont pas autorisées à venir rendre visite au résidentRemis le :/...../.....
- 16 Remises de documentsRemis le :/...../.....
- 17 Formulaire de désignation de la personne de confiance et directives anticipéesRemis le :/...../.....
- 18 Autorisation de Consultation de la décision d'orientation transmise par la MDPH sur la plateforme ViaTrajectoireRemis le :/...../.....
- 19 Autorisation de droit à l'imageRemis le :/...../.....
- 20 Autorisation LinestieRemis le :/...../.....

PARTIE RESERVEE AU SERVICE ADMINISTRATIF DE L'ETABLISSEMENT

Attestation d'entrée pour la MDPH Envoyé le/...../.....

DOSSIER DE FACTURATION ETABLI LE :/...../.....

Prise en charge demandée à l'assurance maladie le :/...../.....

(Modèle 212b)

Dossier de facturation transmis à la comptabilité le :/...../.....

Pièces jointes au dossier de facturation :

- Copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie (Pièce 3)
- Copie de la notification d'orientation MDPH (Pièce 6)
- Copie de la prise en charge de l'assurance maladie (modèle 212B)



**Institut Médico Educatif
Maison d'Accueil Spécialisée**

Domaine de Lapeyre
47390 LAYRAC

Téléphone : 05.53.77.01.90 Fax 05.53.87.14.32

DOSSIER ADMINISTRATIF

ENFANT	
NOM :	PRENOM :
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
Date de Naissance : / /	Lieu de Naissance :
Nationalité :	
PERE	Autorité parentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM :	PRENOM :
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
Date de Naissance : / /	Lieu de Naissance :
Nationalité :	
Profession :	
N° de téléphone fixe : .../.../.../.../...	Portable : .../.../.../.../... Professionnel : .../.../.../.../...
Adresse mail :	
MERE	Autorité parentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM :	PRENOM :
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
Date de Naissance : / /	Lieu de Naissance :
Nationalité :	
Profession :	

FRATRIE

NOM

PRENOM

Date de Naissance

..... /..... /.....
 /..... /.....
 /..... /.....
 /..... /.....
 /..... /.....
 /..... /.....

TUTEUR**NOM DU TUTEUR :****Adresse :****Code Postal :** **Ville :****N° de téléphone fixe :** .../.../.../.../... **Portable :** .../.../.../.../...**Adresse mail :****COUVERTURE SOCIALE****Assurance Maladie Obligatoire :****Assuré : Nom :** **Prénom :****N° de Sécurité Sociale :****Nom de l'Organisme :****Adresse :****Code postal :** **Ville :****Droits Ouvert du :** /..... /..... **Au :** /..... /.....**Droits ACSS** **Oui** **Non** **Si oui du :** /..... /..... **Au :** /..... /.....**Aide médicale état :** **Oui** **Non***(adresser à l'établissement le renouvellement avant la date de fin de couverture)***Médecin traitant déclaré pour votre enfant :****Assurance Complémentaire Santé :****Assuré : Nom :** **Prénom :****Nom de l'Organisme :****Adresse :****Code postal :** **Ville :****Droits Ouvert du :** /..... /..... **Au :** /..... /.....*(adresser à l'établissement le renouvellement avant la date de fin de couverture)***PRESTATIONS FAMILIALES****Allocataire : Nom :** **Prénom :****N° Allocataire :****Nom de l'Organisme :****Adresse :****Code postal :** **Ville :****Droits AEEH du** /..... /..... **Au** /..... /.....**Droits AAH du** /..... /..... **Au** /..... /.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

N° de Police d'assurance :

Nom de la Compagnie :

Adresse :

Code postal : Ville :

Couverture du :... /... /... Au ... /... /...

(Adresser à l'établissement le renouvellement avant la date de fin de couverture)

ORIENTATION

M.D.P.H dont dépend votre enfant

Adresse :

Code Postal : Ville :

Notification d'orientation IME MAS FAM FO Autres

Etablissement :

Date de début : ... /... /... Date de fin : ... /... /...

Interne Semi interne

Carte Mobilité Inclusion : Oui Non Si oui N° de Carte :

Date de début : ... /... /... Date de fin : ... /... /...

Aide sociale : Oui Non

Si oui :

Conseil général du

Adresse :

Code Postal : Ville :

Notification d'aide sociale du : ... /... /... Au : ... /... /...

Protection Judiciaire :

Y-a-t-il une mesure de protection ? Oui Non

Laquelle ?

Date du jugement :

Nom de l'adresse du Tuteur :

.....

.....

.....

CONTRAINTES LIEES AUX CONDITIONS RELIGIEUSES

.....

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

Signature du Père ou tuteur :

Signature de la mère ou tutrice :

Dossier Médical

Celui-ci doit être rempli par un médecin de préférence, traitant.
Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées avec des éléments médicaux récents.
Ce dossier doit être photocopié par vos soins et joint au reste de demande d'admission,
SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU : « SERVICE MEDICAL DE L'ETABLISSEMENT »

Nom, prénom et qualité de la personne ayant rempli le dossier médical :

Date :

Signature :

Tampon :

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

1. Médecins qui suivent habituellement l'enfant.

Nom, prénom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Etat général actuel :

Poids : Taille : Régime :

Vaccination : Groupe sanguin : Rhésus :

Allergie médicamenteuse :.....

Allergie alimentaire :.....

Noms, prénoms, spécialités médicales et coordonnées des **médecins spécialistes** qui suivent l'enfant :
(Ex : neurologue, rééducation fonctionnelle, psychiatrie, endocrinologue, ophtalmologue...)

Noms, prénoms, et coordonnées des **professionnels paramédicaux** qui suivent l'enfant :
(Ex : orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien...)

Antécédents médico-chirurgicaux notables :

2. Diagnostic principal (CIM 10).

Description de la pathologie du handicap :

2.1 Concernant les diagnostics d'autisme et autres TED (préciser CIM 10) :

- Autisme infantile
- Autisme atypique
 - Atypie due à l'âge de survenue
 - Atypie due à la symptomatologie
 - Atypie due à la fois à l'âge de survenue et à la symptomatologie
- Syndrome de Rett
- Autre trouble désintégratif de l'enfance
- Trouble hyperkinétique associé à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- Syndrome d'Asperger
- Autres troubles du développement
- Trouble envahissant du développement, sans précision

2.2 Diagnostics (CIM 10) et autres problématiques associés.

Description des symptômes associés

3. Traitement en cours.

Prescriptions en cours (nom des médicaments, posologie, modalités d'administration)

4. Déficiences.

	Oui	Non	Commentaires
Intellectuelles et Cognitives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
psychiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auditives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Du Langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Viscérales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Motrices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres déficiences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Déficiência principale:

5. Données sur l'Autonomie.

	Autonome	Besoin d'aide d'un tiers	Dépendant
S'orienter dans le temps			
S'orienter dans l'espace			
Fixer son attention			
Mémoriser			
Communiquer			
Parler			
Entendre			
Voir			
Lire, Ecrire			
Tenir debout			
Faire les transferts			
Tenir assis			
Se déplacer, à l'intérieur, à l'extérieur			
Avoir une activité motrice fine			
Se laver			
Gérer l'élimination, Utiliser les toilettes			
S'habiller			
Prendre les repas			

6. Symptômes psycho-comportementaux.

	Oui	Non	Commentaires
Troubles du comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respect des règles de vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Agitation, cris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Agressivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angoisse, Anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hallucination, Délire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dés-inhibition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Addictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

7. Soins Techniques.

	Oui	Non	Commentaires
Gastrostomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonde digestive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonde / stomie urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ventilation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Régime alimentaire spécifique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pansements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

8. Appareillages.

	Oui	Non	Commentaires
Fauteuil roulant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cannes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Déambulateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Appareil auditif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Appareil de ventilation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outils de communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

9. Autres commentaires médicaux et recommandations éventuelles.

IME ET MAS DE LAPEYRE

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné (Nom, Prénom) :.....

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur.

Autorise le Chef d'établissement de l'UGECAM Lapeyre à prendre, en accord avec les médecins de l'établissement, toutes les dispositions en cas d'intervention chirurgicale d'urgence nécessitée par l'état de santé de mon enfant.

A

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et
approuvé)

(1) Rayer les mentions inutiles

Tél : 05 53 77 01 90

Fax : 05 53 87 14 32

IME ET MAS DE LAPEYRE - Groupe UGECAM Aquitaine

Domaine de Lapeyre 47390 LAYRAC

IME ET MAS DE LAPEYRE

Autorisation de pratique d'activités physiques et de baignade

Nous soussignés :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur –agissant en qualité de responsable(s) de

.....

né(e) le.....

autorisons la pratique d'activités sportives sous réserve de l'accord du médecin de l'établissement.

- Poney,
- Parcours de santé, ...etc.

n'autorisons pas la pratique d'activités sportives.

Si certaines activités physiques ne sont pas autorisées, veuillez préciser :

-
-

Autorisons la pratique de l'activité Baignade sous réserve de l'accord du médecin de l'établissement..

N'autorisons pas la pratique de l'activité Baignade.

ALe

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et approuvé)

(1) Rayer les mentions inutiles

IME ET MAS DE LAPEYRE

Autorisation de sortie à l'extérieur pour les activités socialisantes diverses

Je soussigné :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur.

Autorise (1) Mon fils, Ma fille, Le protégé :
accompagné(e) par un membre du personnel.

à sortir de l'établissement

Ces sorties ont pour objectif la socialisation, les rendez-vous médicaux, les fêtes locales, rencontres, sorties pour les achats...etc.

A

Le

Signature du responsable
légal.
(Précédée de la mention
lu et approuvé)

(1) Rayer les mentions inutiles

Tél : 05 53 77 01 90

Fax : 05 53 87 14 32

IME ET MAS DE LAPEYRE - Groupe UGECAM Aquitaine

Domaine de Lapeyre 47390 LAYRAC

Personnes à prévenir en cas d'urgence

1 - Nom :Prénom :Téléphone :
.....

Cette personne est

Un proche

Un parent

Autre :
.....

2 - Nom :Prénom :Téléphone :
.....

Cette personne est

Un proche

Un parent

Autre :
.....

3 - Nom :Prénom :Téléphone :
.....

Cette personne est

Un proche

Un parent

Autre :
.....

A

Le

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et approuvé)

LISTE DES PERSONNES MAJEURES AUTORISEES

Nous soussignés :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur –agissant en qualité de responsable(s) de

.....

Autorisons Monsieur Madame

Nom et prénom.....

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Autorisons Monsieur Madame

Nom et prénom.....

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

Autorisons Monsieur Madame

Nom et prénom.....

Adresse :

Téléphone fixe :Téléphone portable :

À venir chercher mon enfant à l'Ugecam Lapeyre ou à le réceptionner lors de son arrivée en taxi au domicile familial après en avoir informé l'établissement.

A titre exceptionnel, si une autre personne se voit confier l'enfant, une autorisation particulière, spécifique et ponctuelle devra être fournie.

Nous dégageons la responsabilité de l'établissement chaque fois que nous-même ou les personnes autorisées, prendrons notre enfant et ceci pendant toute la durée de son absence.

A _____ Le _____

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et approuvé)

LISTE DES PERSONNES NON AUTORISEES

Nous soussignés :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur –agissant en qualité de responsable(s) de

Désignons ci-après les personnes **non autorisées** :

- à venir chercher notre enfant.
- à lui rendre visite au Domaine de Lapeyre.
- à le prendre en charge lors de son retour au domicile familial en taxi.

Monsieur Madame

Nom et prénom.....

Monsieur Madame

Nom et prénom.....

Monsieur Madame

Nom et prénom.....

A

Le

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et approuvé)

Remise de documents

Nous soussignés :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur –agissant en qualité de responsable(s) de

.....

avoir reçu l'ensemble de ces documents lors de son admission dans l'établissement :

- Le livret d'accueil
- Le règlement de fonctionnement
- La charte des droits et des libertés de la personne accueillie
- Information relative aux droits à désigner une personne de confiance et au droit relatif aux directives anticipées, selon l'article L 311-5-1 du code d'action sociale et des familles.

Fait A

Le

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et
approuvé)

FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La personne de confiance peut être nommée soit par le juge des tutelles ou par le « conseil de famille ». Ceux-ci sont en charge de remplir ce document.

Je soussigné(e), juge des tutelles
conseil de famille

Désigne : NOM et Prénom : _____

Qualité (lien avec la personne) : _____

Adresse : _____

Tél. Fixe : _____

Tél. Portable : _____

Mail : _____

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

(NOM, Prénom) _____ né le / /

à _____

Fait à _____ Le / /

Nom et Prénom (juge des tutelles
confiance)
ou conseil de famille)

Nom et Prénom (personne de

Signature
confiance

Co-signature de la personne de

DIRECTIVES ANTICIPEES

Afin d'intervenir selon le choix de la personne et/ou de son représentant légal, les directives anticipées permettent de préciser les souhaits en matière d'urgence et/ou face à la fin de vie (réanimation, hydratation, alimentation, opération, soins de confort, respiration artificielle...).

En cas d'accident, d'urgence, de maladie grave, il est important de connaître vos souhaits sur la fin de vie de votre proche dont vous avez la responsabilité de par la mesure de tutelle. Les médecins en ont besoin immédiatement pour intervenir auprès de votre proche et appliquer les soins nécessaires en lien avec vos volontés. Bien entendu, passé l'urgence, vous serez consulté afin d'échanger plus longuement sur son état de santé et envisager la poursuite des soins comme vous l'imaginez avec le soutien des médecins.

Les directives anticipées ont une durée illimitée ; il est également possible de les modifier quand vous le jugez utile.

Vous pouvez rédiger les directives anticipées sur papier libre en y renseignant les éléments que vous souhaitez. Il est important également d'y préciser votre nom et celui de votre proche, tout comme vos dates de naissance et votre statut de représentant légal, enfin il faut terminer par la date et une signature.

Ou vous pouvez choisir de compléter le formulaire joint à ce courrier.

Les directives anticipées seront enregistrées dans le dossier du résident.

Sachant à quel point il peut être complexe de renseigner de telles informations, nous nous tenons à votre disposition si vous le désirez.

Veillez, Madame, Monsieur, accepter nos respectueuses salutations.

L'équipe de direction

L'ensemble des professionnels de la MAS Lapeyre

FORMULAIRE DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (nom, prénom), né(e) le/..../.... ,

représentant légal de (nom, prénom)....., né(e) le/..../....

.

En cas d'urgence et/ou de fin de vie, je souhaite pour (nom, prénom)

..... :

- | | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| • La réanimation | OUI | NON |
| • La respiration artificielle | OUI | NON |
| • L'hydratation | OUI | NON |
| • L'opération | OUI | NON |
| • L'alimentation | OUI | NON |
| • Les soins de confort | OUI | NON |

• Autres :

.....
.....
.....

Fait le/..../...., à (ville)

Signature :

Tél : 05 53 77 01 90

Fax : 05 53 87 14 32

E-mail : lapeyre.domaine.ug-aquitaine@ugecam.assurance-maladie.fr

IME et MAS de LAPEYRE-Groupe UGECAM Aquitaine

Domaine de Lapeyre 47390 LAYRAC

IME et MAS du DOMAINE DE LAPEYRE

Autorisation de Consultation de la décision d'orientation transmise par la MDPH sur la plateforme ViaTrajectoire

Nous soussignés :

En qualité de (1) Père – Mère – Tuteur –agissant en qualité de responsable(s) de

.....

né(e) le.....

Donnons notre accord à l'IME et la MAS de Lapeyre pour consulter la décision d'orientation transmise par la MDPH.

A

Le

Signature du responsable légal.
(Précédée de la mention lu et approuvé)

(1) Rayer les mentions inutiles

Tél : 05 53 77 01 90

Fax : 05 53 87 14 32

IME ET MAS DE LAPEYRE - Groupe UGECAM Aquitaine

Domaine de Lapeyre 47390 LAYRAC

La protection du droit à l'image d'une personne physique repose sur le fondement du respect de sa vie privée. Conformément à la Loi Informatique et Libertés ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des données, nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre connaissance des informations ci-après et consentir de manière libre et éclairée aux différentes propositions formulées.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité et d'opposition des images vous concernant (articles 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23 du RGPD).

Photographie du visage pour le dossier informatisé



Vous autorisez l'établissement à prendre une photographie de votre visage pour l'insérer dans le dossier résident informatisé. L'objectif est d'assurer votre identification à tout moment par l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale, éducative et administrative, en plus des autres mesures de prévention mises en place.

Un tirage papier est réalisé dans le cadre de la procédure d'identitovigilance pour un affichage dans la chambre du résident ainsi que pour le circuit du médicament. La photo est intégrée au trombinoscope de l'établissement. Elle peut également être affichée sur les plannings d'activité de chaque résident du groupe de vie.

La photographie sera conservée jusqu'à la fin de votre contrat avec l'établissement. Elle sera effacée au moment de votre sortie définitive.

Droit à l'image

Vous autorisez l'UGECAM Aquitaine et ses établissements, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), les organismes de la branche Maladie et Accidents du Travail à utiliser, à titre gracieux, votre image dans le cadre de l'utilisation suivante :

- illustration des outils de communication interne ou externe,
- illustration des sites internet et intranet et des plateformes de réseaux sociaux.

Cette autorisation accordée à titre gracieux est valable sans limitation dans l'espace et pour une durée de 10 années à partir de la date de signature. Elle est valable pour tous les supports papier (journaux, dépliants, brochures, affiches, affichettes...) et numériques (CDRom, DVD, internet, intranet et réseaux sociaux). L'utilisation à des fins institutionnelles exclut toute utilisation commerciale : achat/vente, utilisation pour la publicité produit avec achat d'espace. Les légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de la ou des photographies ne devront, en aucun cas, porter atteinte à votre réputation ou votre vie privée.

Suppression de l'appareil photo

Dans tous les cas, vous avez la possibilité d'examiner les images avant intégration dans votre dossier ou utilisation. Une fois la photographie intégrée dans le dossier, elle est immédiatement supprimée de l'appareil qui a été utilisé pour la prendre.

Autorisation : Je soussigné

(Etiquette patient) ou
 Nom de naissance :
 Nom usuel :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Date d'entrée :
 N° de téléphone :

Pour l'établissement
 IME et MAS de
 Lapeyre

	Autorise	N'autorise pas
Photographie du visage pour mon dossier informatisé		
Tirage papier pour affichage sur la porte de ma chambre/Planning d'activité du groupe		
Intégration au trombinoscope de l'établissement		
Droit à l'image : Internet et supports externes		
Droit à l'image : Intranet et supports internes		
Commentaires éventuels :		

Signataire du document : usager (patient / résident) père mère tuteur

Fait le / / à

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° de téléphone :

Signature précédé de la mention « lu et approuvé » :

Aide-mémoire du Droit à l'image : tuteurs et représentants légaux

	Atteinte limitée au droit à l'image = Diffusion de l'image du majeur protégé sur support photo ou vidéo dans un cercle limité à l'établissement pour un projet déterminé (ex : exposition, publication) et pour une durée déterminée	Atteinte grave au droit à l'image = Diffusion de l'image du majeur dans tout autre cadre d'utilisation et notamment internet, réseaux sociaux, banques de données, presse généraliste locale ou nationale
Majeur protégé en état de consentir à la décision	Le majeur protégé consent seul (art 459 alinéa 1 du code civil) Le tuteur ou curateur doit s'entretenir avec le majeur pour vérifier le caractère éclairé du consentement à la diffusion de son image.	
Majeur protégé hors d'état d'exprimer sa volonté = majeur incapable d'exprimer verbalement ou d'une quelconque autre façon son accord ou sa satisfaction à voir son image diffusée	<p>Le tuteur prend seul la décision et doit vérifier l'absence de consentement éclairé (Art 459 alinéa 2 du code civil)</p> <p>Le tuteur doit s'entretenir avec le majeur pour vérifier l'absence de caractère éclairé du consentement à la diffusion de son image et vérifier la conformité du projet et de sa diffusion à l'intérêt de son protégé.</p> <p>Le curateur devra saisir le juge des tutelles en aggravation de la mesure de protection.</p>	<p>Le tuteur devra être autorisé par le juge à consentir (Art 459 alinéa 3 du code civil)</p> <p>La requête devra préciser en quoi, en dépit de la gravité de l'atteinte, la diffusion présente un intérêt pour la personne (ex : projet pédagogique ou artistique ou sportif à préciser)</p> <p>Pièces à fournir au juge :</p> <p>Requête motivée, présentation du projet par la structure d'accueil ou le responsable du projet et modalités de diffusion envisagées, certificat médical du médecin confirmant l'absence de possibilité de la personne protégée à consentir.</p> <p>Le curateur devra saisir le juge des tutelles en aggravation de la mesure de protection</p>
Mineur	<p>L'autorisation des parents ou des représentants légaux doit être demandée.</p> <p>L'article 371-1 du code civil précise que :</p> <p>"L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs <i>ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.</i></p> <p><i>Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.</i>" (notamment dans le cadre du droit à l'image)</p> <p>De plus, l'article 372-2 du même code :</p> <p>"A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, <i>quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale</i> relativement à la personne de l'enfant."</p>	

La personne de confiance n'est pas un représentant légal, elle ne peut donc pas consentir pour l'utilisateur.



Accord d'utilisation des données pour Linestie

Madame Monsieur

autorise l'établissement **MAS de Lapeyre** à collecter les données suivantes :

Mes informations personnelles :

- Nom :
- Prénom :
- Adresse mail :
- Numéro de téléphone :

Et les informations personnelles de mon proche :

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :

Personnes que vous autorisez à avoir accès à Linestie :

NOM :
Prénom :
Adresse :
mail

NOM :
Prénom :
Adresse :
mail

Pour l'utilisation de Linestie, l'outil numérique qui permet de me connecter aux actualités de l'établissement **MAS de Lapeyre** où réside mon proche, de connaître les prochains événements et d'accéder aux albums photos.

Ces données sont indispensables pour l'utilisation de Linestie.

Linestie s'engage à utiliser ces données uniquement dans le cadre du bon fonctionnement de la plateforme, connexion à la plateforme, envoi d'une newsletter hebdomadaire et sms concernant les actualités de la résidence.

Linestie vous informe que vous pouvez à tout moment changer d'avis et demander le retrait de vos données personnelles. De ce fait, vous ne pourrez plus accéder à l'information diffusée sur Linestie.

Notre politique de confidentialité sur les données personnelles est disponible sur le site de Linestie (www.linestie.com).

Pour toutes questions, remarques ou exercer vos droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse: contact@linestie.com.

Fait à
Signature