



**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE
PHOTOGRAPHIES**

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Le cas échéant, représenté(e) par : Nom :

Prénom :

Adresse :

Résidant à l'EHPAD Résidence les Aulnes, 417 rue Jules Guesde 59510 Hem.

Autorise : *(cochez les cases correspondant à votre choix)*

- La prise de photographies dans le cadre des activités quotidiennes, des animations et des sorties organisées par l'établissement,
- La diffusion des photographies au sein de l'établissement (affichage, expositions internes...),
- La publication sur le site Internet de l'établissement,
- La publication dans le cadre des articles transmis à la commune et à la presse locale.

Cette utilisation concerne **la durée du séjour, sauf avis contraire du résident.**

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 est fait et le droit de retrait des photographies.

Fait à , le ... /... /.....

Signature du résident ou du représentant légal