

EHPAD D'Argonne	RES	<b>DOSSIER D'ADMISSION</b>	Date de création : 17 / 12 /2013	
			Date de mise à jour : 01/01/2019	
Date d'application :		Codification du document : <b>ADM - 6</b>	Pages : 1	Annexe :



**Siège social :**

Site de Clermont : 10 rue Thiers  
55120 CLERMONT EN ARGONNE  
☎ 03.29.87.41.44  
☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :  
3 place Général Pershing  
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE  
☎ 03.29.85.19.79  
☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :  
2 route de Cheppy  
55270 VARENNES EN ARGONNE  
☎ 03.29.80.71.24  
☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ [contact@ehpadargonne.fr](mailto:contact@ehpadargonne.fr)

## ATTESTATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M. ou Mme.....

- Résident
- Représentant légal du résident.....  
Lien de parenté le cas échéant.....
- Personne de confiance du résident.....

Déclare autoriser les EHPAD d'Argonne, représentées par le Directeur, à utiliser mon image (ou celui du résident dont je suis le représentant ou la personne de confiance) dans des documents internes à l'établissement (tableau d'affichage, animation, ...) et dans des documents externes à l'établissement (bulletin municipal, presse,...).

L'établissement s'engage à ne pas publier ou diffuser tout document qui serait en contradiction avec les choix du résident ou de son représentant légal ou de la personne de confiance.

Signature du résident  
Ou de son représentant légal  
Ou de la personne de confiance :

Signature de la Direction :