

<b>NOM et Prénom du patient :</b> .....	
Date de naissance du patient : ____ / ____ / ____	
<b>NOM et Prénom de la Mère :</b> .....	<b>NOM et Prénom du Père :</b> .....
<input type="checkbox"/> Exerçant l'autorité parentale	<input type="checkbox"/> Exerçant l'autorité parentale
<input type="checkbox"/> <b>Autre personne exerçant l'autorité parentale</b> Précisez : .....	
<b>Mail :</b> .....	
<b>Demande de chambre particulière</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**AUTORISE(NT), pour toute la durée du séjour,**

L'ESEAN à <b>faire transférer le patient, en cas d'urgence vitale</b> , dans l'établissement de soins que les praticiens de l'ESEAN jugent adapté à son état de santé	Oui / Non
Le patient à recevoir des <b>appels téléphoniques</b> sans restriction particulière ( <i>appels provenant de l'extérieur et réceptionnés par l'accueil de l'ESEAN</i> ) <u>Si réponse négative</u> , préciser les restrictions : .....	Oui / Non
Le patient à avoir des <b>visites</b> sans restriction particulière <u>Si réponse négative</u> , préciser les restrictions : .....	Oui / Non
Le patient à accéder au réseau <b>internet</b>	Oui / Non
La participation du patient aux <b>activités extérieures</b> organisées sous la surveillance du personnel soignant et éducatif	Oui / Non
L'ESEAN à (faire) <b>photographier</b> le patient pour répondre au besoin de <b>vérifier l'identification dans le dossier patient</b> . <b>NB</b> : une réponse négative engage le (les) titulaires de l'autorité parentale à fournir – <i>sans délai</i> - une photo d'identité récente	Oui / Non
L'ESEAN à (laisser) <b>photographier ou filmer</b> le patient, dans le but d'un <b>usage interne</b> à l'établissement (affichage à l'intérieur de l'établissement, expositions ou projections internes, etc.)	Oui / Non
L'ESEAN à (laisser) <b>photographier ou filmer</b> le patient, dans le but d'un <b>usage externe</b> à l'établissement (événementiel dans le cadre de partenariat, internet, reportage à visée journalistique,...)	Oui / Non

<b>Mère ou autre détenteur de l'autorité parentale</b>	<b>Père ou autre détenteur de l'autorité parentale</b>
A ..... Date : ____ / ____ / ____	A ..... Date : ____ / ____ / ____
Signature	Signature