

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

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

L'ESEAN à faire transférer le patient, en cas d'urgence vitale , dans l'établissement de soins que les praticiens de l'ESEAN jugent adapté à son état de santé	Oui / Non
Le patient à accéder au réseau internet	Oui / Non
La participation du patient aux activités extérieures organisées sous la surveillance du personnel soignant et éducatif	Oui / Non
L'ESEAN à (faire) photographier le patient pour répondre au besoin de vérifier l'identification dans le dossier patient . NB : 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) photographier ou filmer le patient, dans le but d'un usage interne à l'établissement (affichage à l'intérieur de l'établissement, expositions ou projections internes, etc.)	Oui / Non
L'ESEAN à (laisser) photographier ou filmer le patient, dans le but d'un usage externe à l'établissement (événementiel dans le cadre de partenariat, internet, reportage à visée journalistique,...)	Oui / Non

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

Les autorisations données sont valables pour toute la durée de l'année en cours. Si vous souhaitez y apporter des modifications, merci de vous rapprocher du bureau des admissions.