



RECUEIL DU CONSENTEMENT

Article L.311-4 du C.A.S.F

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 article 25

N° Doc: ENR-DPAT10

Indice: a

Page : 1 / 1

Créé en : Mai 2018

Validée CVS – CDU le 25/06/2018

Identification du résident ou de son représentant légal

NOM :

PRENOM :

Né (e) le :

à :

L'intéressé (e) nommé (e) ci-dessus :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Agissant en son nom

OU

Je soussigné (e) :

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Agissant pour l'intéressé (e) empêché (e) en qualité de : Personne de confiance
Tuteur ou curateur
Autre (précisez)

Accepte l'entrée en hébergement à l'EHPAD du Centre Hospitalier de Châtillon sur Indre,

OUI

NON

Commentaires :

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

Fait à :, le

Signature du résident

(Précéder la signature de la mention manuscrite « Certifié exact le»)

Signature du représentant (1)

(Précéder la signature de la mention manuscrite « Certifié exact le»)