

# Dossier d'admission

**Le présent dossier est composé de 3 parties  
accompagné d'un dossier médical**

- Présentation
- Dossier administratif et pièces à fournir
- **Dossier médical + 1 grille GIR joints** (à retourner sous pli scellé à l'attention du Médecin Cordonnateur)

## **Recommandations diverses :**

Nous informons nos futurs résidents, leur famille, les équipes médico-sociales et tout autre représentant légal, que la demande d'admission ne sera prise en compte qu'à la réception du dossier complet auquel seront joints les documents demandés.

Le Certificat Médical et la grille GIR doivent être remplis par le **Médecin Traitant** de la personne, et joint au dossier sous enveloppe fermée, en indiquant « **Certificat Médical - Confidentiel** ».

Le jour de l'admission, le linge des Résidents est entretenu par la société AD3 en interne à l'établissement.

Celle-ci prend en charge l'étiquetage de chaque vêtement par un système de puce permettant d'éviter d'éventuelles pertes de linge.

Cependant il est impératif que le linge de vos proches soit marqué (nom et prénom) avant qu'il intègre le Manoir, sans quoi l'admission ne pourra être réalisée.

L'établissement vous propose de prendre en charge l'étiquetage du linge de vos proches au tarif de 100 euros les 120 pièces de linge.

Pour les Résidents en hébergement temporaire le linge devra être étiqueté avec le nom et prénom par la famille mais aucun système de puce ne sera mis en place.

**A Savoir** : Lors de pré admission, il vous sera demandé le trousseau intégral étiqueté (Minimum 48h avant l'entrée)

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

Pour chaque dépôt de nouveau linge, il devra être déjà étiqueté et déposé auprès du Responsable d'hôtellerie.

Nous vous conseillons de prendre contact avec le Centre d'Action Sociale de la commune du lieu de résidence du demandeur, afin de vous informer sur les diverses aides auxquelles vous pouvez prétendre (Aide sociale, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie etc.). Merci de nous fournir les justificatifs de vos éventuelles demandes.

Si ces recommandations vous semblent un peu rigides, sachez qu'elles sont édictées dans le but d'accueillir au mieux nos résidents.

### A/ HEBERGEMENT

#### I/ Présentation de l'établissement

Notre capacité d'accueil est de 84 lits (dont 2 lits en hébergement temporaire) répartis de la manière suivante :

- 58 chambres à 1 lit
- 13 chambres à 2 lits

Chaque lit bénéficie d'une prise téléphone et télévision, chaque chambre d'une salle d'eau avec lavabo, douche et W.C.

Notre encadrement médical et paramédical se compose de :

- 1 médecin coordonnateur
- 1 kinésithérapeute
- 1 psychologue
- 1 psychomotricienne
- 1 responsable hôtelier
- 25 aides soignantes diplômées
- 1 cadre de santé
- 4 infirmiers (ères)

Les résidents gardent le libre choix de leur médecin traitant

#### II/ Le PASA

Un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) permet d'accueillir 14 résidents du Manoir du lundi au samedi, de 10h 30 à 16 h.

Le projet d'intégration d'un nouveau résident au sein du PASA est dépendant de critères très précis portant sur son état neuropsychologique et psychomoteur, mais aussi d'une concertation menée par les équipes pluridisciplinaires de l'EHPAD et du PASA.

L'équipe du PASA est composée d'une psychologue, d'une psychomotricienne, et de deux assistantes de soins en gérontologie.

Actuellement, le PASA est qualifié "d'éclaté" car les locaux qui lui sont réservés se situent dans différents lieux de l'établissement.

Un projet de construction est à l'étude pour accueillir aussi un accueil de jour, concentrer le PASA en un lieu unique et offrir les services d'une unité adaptée.

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

Pour chaque participant au PASA, l'amélioration de ses troubles du comportement ou à l'inverse la dégradation de son état de santé (perte d'autonomie, fatigue ou autre), peut justifier un arrêt de la prise en soins par la PASA. Un retour progressif vers l'EHPAD classique est alors envisagé.

### III/ Conditions d'admission

L'admission se fait sur dossier comportant un certificat médical du médecin traitant et après l'avis du médecin de l'établissement, qui pourra convoquer la personne pour une contre visite. Le Directeur décide en dernier ressort

### IV/ Coût et financement

Notre prix de journée **2019** est pour l'hébergement :

Chambre simple	74.97 €
Chambre double	69.81 €

pour la dépendance :

<b>GIR 1-2 :</b>	<b>24.57 €</b>
<b>GIR 3-4 :</b>	<b>15.46 €</b>
<b>GIR 5-6 :</b>	<b>6.59 €</b>

Ce prix comprend :

- hébergement
- repas
- entretien du linge (linge marqué uniquement)
- animation
- sortie de groupe (minibus du Manoir)

Les frais de séjour sont payables à terme à échoir conformément à l'Art. R.314-186. Les tarifs afférents à l'Hébergement sont payés mensuellement à terme à échoir. Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la Tarification, au forfait global de soins, au forfait global de Dépendance. Une caution (dépôt de garantie) est demandée à l'arrivée du résident.

Un engagement à payer est demandé à la constitution du dossier.

Si le résident, et/ou sa famille, ne peuvent subvenir aux frais de séjour, une demande d'Aide Sociale doit être faite au Centre Communal d'Action Sociale de la Mairie de la dernière résidence.

En cas d'accord de prise en charge par l'Aide Sociale, la personne hébergée reverse 90% de ses ressources au département, celui-ci fixe éventuellement une participation des obligés alimentaires (enfants et, selon les départements, éventuellement les petits-enfants).

# *Maison de Retraite Publique*

## *Le Manoir*

### **B/ HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

#### **I/ Conditions d'admission**

Deux chambres d'hébergement temporaire permettent d'accueillir des personnes âgées pour une durée maximum de 4 mois par an lorsque les conditions de leur maintien à domicile sont momentanément suspendues :

- famille absente, en vacances ou hospitalisée
- conjoint malade ou fatigué
- après une hospitalisation afin de pouvoir reprendre ses marques avant un retour à domicile
- etc...

L'admission se fera après acceptation du dossier constitué d'un certificat médical du médecin traitant, après une visite avec le médecin coordonnateur de l'établissement, un soignant, puis une prise de contact avec la psychologue. Une caution est demandée à la réservation.

#### **II/ Coût et financement**

Le prix de journée est le même que pour l'hébergement permanent. En cas de ressources insuffisantes, une demande d'aide sociale d'urgence peut être faite au centre communal d'action sociale de la Mairie de résidence. Il n'y a pas de participation des obligés alimentaires. La participation de la personne âgée est fixée par la commission selon le mode de calcul suivant:

Participation journalière = $\frac{\text{(ressources mensuelles - minimum vieillesse mensuel)}}{30 \text{ jours}}$
--

#### **C/ CADRE DE VIE**

Le Manoir est situé en centre ville et bénéficie du Parc du Musée.

Une coiffeuse vient dans l'établissement 1 fois par semaine.

La cuisine traditionnelle est préparée sur place. Les régimes peuvent être assurés.

D'autres professionnels interviennent régulièrement à la demande des pensionnaires.

- esthéticienne
- pédicure, manucure
- audioprothésiste
- orthophoniste, etc...

**Nous sommes bien sûr à votre disposition pour tout autre renseignement.**

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### Documents à nous retourner obligatoirement pour l'inscription :

- Les fiches de renseignements jointes, dûment complétées.
- Le Certificat Médical joint à rendre **sous pli fermé à l'attention du Médecin Coordonnateur.**
- Photocopie du livret de famille y compris le(s) enfant(s).
- Photocopie de la carte d'identité.
- Attestation de droit CPAM et mutuelle (cartes).
- S'ils existent : Contrat Obsèques, Concession de terrain.
- Notification d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (ou le justificatif de dépôt de dossier).
- Les titres et les déclarations fiscales de toutes les pensions et retraites.
- Les avis d'imposition ou de non imposition des deux années précédentes.
- Le R.I.B. (original) et les trois derniers mois (relevés) de tous les comptes existants.
- Le(s) livret(s) d'Épargne.
- Engagement de payer (à compléter par conjoint, enfants)
- Assurance responsabilité civile (**à fournir impérativement lors de l'admission**) .
- Désignation personne de confiance (document remis lors de la visite de pré-admission).

### Et obligatoirement en cas de demande ou d'obtention de l'Aide Sociale:

- Une attestation de dépôt de dossier, complété par le C.C.A.S de votre domicile ou la notification de décision de prise en charge par l'Aide Sociale.
- Dans le cas d'une demande d'Aide sociale, un engagement de payer de tous les obligés alimentaires en cas de refus du Conseil Général.

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### DOSSIER ADMINISTRATIF

#### ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de naissance   
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance:  Pays ou département:

N° d'immatriculation

#### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal  Commune/ Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse email

#### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  vit maritalement  Pacsé(e)  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE OUI  NON  En Cours

si oui, laquelle: Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint...)

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité; Monsieur  Madame

Nom de naissance   
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance:  Pays ou département:

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal  Commune/ Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse email

**A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT** (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

### PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée: OUI  NON

#### Si oui

Nom de naissance   
(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal  Commune/ Ville

Téléphone fixe  Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée



# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché:

Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande:

Domicile  Chez enfant/proche  Logement foyer

EPHAD  Hôpital  SSIAD/SAD\*  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser  
le nom de l'établissement  
ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande)? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pas pu être recueilli

---

### COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter(1)

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal

Commune/ Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

\*SSIAD /SAD : service de soins infirmiers à domicile/service d'aide à domicile

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter(2)

Nom de naissance

(suivi, s'il y a lieu par le nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal

Commune/ Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

### ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

seule

avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

OUI

NON

Demande en cours envisagé

OUI

NON

Demande en cours envisagé

Allocation personnalisée à l'autonomie\*

OUI

NON

Demande en cours envisagé

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne

OUI

NON

### COMMENTAIRES

(profession, ses goûts  
etc...)

DATE D'ENTREE SOUHAITEE:

IMMEDIAT

DANS LES 6 MOIS

ECHENACE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE:

Date de la demande:

Signature de la personne concernée

ou de son représentant légal

# *Maison de Retraite Publique*

## *Le Manoir*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

\*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.

Dans le cadre de la Réglementation générale de la protection des données (RGPD). A tout moment, vous pouvez demander à connaître les informations administratives ou médicales vous concernant. Ces données sont conservées dix années sauf seules l'identité, la date d'entrée et de sortie conservées.

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

**ENGAGEMENT DE PAYER**

Article L.315-16 du Code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

m'engage à régler les frais de séjour de :

Moi-même

(1) M. Mme Mlle ..... Prénom .....

Lien de parenté .....

A compter de mon (1) / son entrée à la Maison de Retraite "Le Manoir"

le ...../...../2019 ainsi que des autres frais éventuels à ma (1) / sa charge (frais divers : pédicure, coiffeur ...) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé(e)

- Des tarifs journaliers applicables à la date du **01/05/2019** :

Tarif journalier d'hébergement	chambre simple	74.97 €
	chambre double	69.82 €

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	24.57 €
---	---------

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	15.46 €
---	---------

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	6.59 €
---	--------

- Des dispositions de l'article L 315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».

- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par la Maison de Retraite "Le Manoir" devant le juge aux affaires familiales près le Tribunal de Grande Instance d'Evry

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le .....

Signature

(1) Si le soussigné n'est pas le résident

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

Le .../.../....

**Attestation de dépôt de dossier à  
L'aide sociale**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, agent au

Service du C.C.A.S de la ville de : \_\_\_\_\_

Déclare avoir reçu et vérifié que l'ensemble des pièces requises, figure dans le dossier de demande d'Aide-sociale de :

Mme ou M.

\_\_\_\_\_, né(e) \_\_\_\_\_

Signature du Bénéficiaire

Signature de l'agent

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**



*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

GESTION DU COURRIER

Je soussigné(e) M\_\_\_\_\_ souhaite, que le courrier à caractère administratif qui me sera adressé pendant mon séjour au Manoir :

≈ Me soit remis en main propre

≈ Soit tenu à l'accueil, à disposition de M\_\_\_\_\_ (Le Manoir ne sera pas responsable du courrier tenu en attente)

≈ Soit renvoyé à l'adresse suivante :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

*Maison de Retraite Publique*

*Le Manoir*

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE**

Je soussigné(e) .....demeurant  
à la maison de retraite Le Manoir 7 rue Aristide Briand à Montgeron (91230)  
certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile auprès de la société .....  
n° police .....  
couvrant la période du ..... au ..... et à fournir  
une attestation le jour de l'admission.

Fait à Montgeron, le .....

Signature du résident ou de son représentant :

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

### Trousseau conseillé

<b>Pour Femme</b>	<b>Pour Homme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 culottes coton</li><li>• 12 tricot de corps coton/combinaisons</li><li>• 5 soutiens-gorge</li><li>• 8 chemises de nuit (4 été – 4 hiver)</li><li>• 2 robes de chambre et/ou peignoir</li><li>• 8 pulls/gilets</li><li>• 6 chemisiers</li><li>• 1 manteau/veste</li><li>• 6 robes d'hiver ou jupe ou pantalon</li><li>• 6 robes d'été ou jupe ou pantalon</li><li>• 10 paires de chaussettes/collant/bas</li><li>• 7 mouchoirs</li><li>• 2 paires de chaussons lavables</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 slips/caleçons coton</li><li>• 8 tricot de corps coton</li><li>• 6 tee-shirts/polos</li><li>• 8 pulls/gilets</li><li>• 2 robes de chambre et/ou peignoir</li><li>• 8 pyjamas (4 été – 4 hiver)</li><li>• 6 chemises</li><li>• 1 manteau/veste</li><li>• 6 pantalons/jogging</li><li>• 10 paires de chaussettes</li><li>• 7 mouchoirs</li><li>• 2 paires de chausson lavables</li></ul>

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR  
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité      Monsieur       Madame

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--

**MOTIF DE DEMANDE**

Changement d'établissement       Fin/Retour d'hospitalisation       Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone):

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENT EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES

(nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

SOINS PALLIATIFS  OUI  NON

ALLERGIES  OUI  NON

Si oui préciser

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

CONDUITE A RISQUE	OUI	NON
ALCOOL		
TABAC		
SEVRAGE		

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESISTANTE 

NE SAIT PAS	OUI	NON
-------------	-----	-----

Si oui, préciser (localisation, etc.)	
Préciser la date du dernier prélèvement	

Taille:  Poids:

FONCTIONS SENSORIELLES 

OUI	NON
Cécité	
Surdité	

 RISQUE DE FAUSSE ROUTE 

OUI	NON
-----	-----

REEDUCATION 

OUI	NON
kinésithérapie	
Orthophonie	

  
Autre (préciser)

# *Maison de Retraite Publique*

## *Le Manoir*

### DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

DONNEES SUR L'AUTONOMIE

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
----------	----------	----------

Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			

Toilette	Haut			
	Bas			

Elimination	Urinaire			
	Fécale			

Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			

Alimentation	Se servir			
	Manger			

Orientation	Temps			
	Espace			

Communication pour alerter				
----------------------------	--	--	--	--

Cohérence				
-----------	--	--	--	--

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées...)		
Troubles du sommeil		

# Maison de Retraite Publique

## Le Manoir

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisations		
Stade		
Durée de soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrotomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareil ventilatoire (CPAP, VNI...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (Contexte, aspects cognitifs,...)

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom :

Prénom :

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code Postal

Commune/Ville

Date

Signature

Cachet du  
médecin

Nom et téléphone de la personne pour suite à donner : \_\_\_\_\_



# *Maison de Retraite Publique*

## *Le Manoir*

### Médecin coordonnateur et professionnels de santé libéraux

L'obligation de prendre un médecin figurant sur la liste ayant contractualisé avec l'établissement conformément à l'article 3 - alinéa 6 du décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

“ La mention de l'obligation pour les professionnels de santé libéraux appelés à intervenir au sein de l'établissement, de conclure avec ce dernier le contrat prévu à l'article R 313-30-01.

La liste des professionnels ayant conclu un contrat est mise à jour et tenue, à titre d'information, à la disposition des personnes accueillies ou de leurs représentants légaux.

Toute personne accueillie dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut demander que cette liste soit complétée par la mention d'un professionnel de santé appelé par elle à intervenir dans l'établissement et ayant signé le contrat prévu ci-dessus.”

La demande sera faite au cours de la visite de pré-admission avec le médecin coordonnateur.

*Maison de Retraite Publique*  
**Le Manoir**

*Maison de Retraite Publique*  
*Le Manoir*  
**ACCES AU DOSSIER MEDICAL**

**1) A compléter par le résident si celui-ci est apte à donner son consentement**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ demeurant à la  
Maison de retraite « Le Manoir » 7 Rue Aristide Briand à Montgeron (91230) donne  
l'autorisation au médecin coordonnateur de l'établissement de consulter les informations  
me concernant dans mon dossier médical.

Fait à Montgeron, le \_\_\_\_\_

Signature du résident :

**2) A compléter par la personne de confiance désignée par le résident si ce dernier n'est pas apte à donner son consentement**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ personne de confiance,  
désigné(e) par M \_\_\_\_\_  
demeurant \_\_\_\_\_  
donne l'autorisation au médecin coordonnateur de l'établissement de consulter les  
informations concernant M \_\_\_\_\_  
dans son dossier médical.

Fait à Montgeron, le \_\_\_\_\_

Signature de la personne de confiance :