ANNEXE AU CONTRAT DE SÉJOUR, AU CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE TRAVAIL OU AU DOCUMENT INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE : Consentement relatif au contrôle de l'espace privé et à la collecte, la conservation et le traitement des données personnelles recueillies au cours de l'accompagnement,

(Article D. 311 VII bis du Code de l'action sociale et des familles
Décret n° 2025-1395 du 29 décembre 2025)

Identification

Nom de l'établissement/service : .....
Prénom et nom de la personne : .....

1. Consentement relatif au contrôle de l'espace privatif (Article L. 313-13-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Des contrôles administratifs et des inspections peuvent être diligentés au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), y compris dans les espaces privatifs des personnes accompagnées, par :

- L'Agence Régionale de Santé (ARS)
- Le Conseil Départemental
- Le Préfet de Département
- L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).

Ces contrôles ont pour objet de vérifier le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables aux ESSMS, notamment le respect des droits et libertés (articles L. 313-13 et suivants du CASF).

L'espace privatif désigne le lieu de vie personnel de la personne accompagnée au sein de l'établissement (chambre, studio, appartement…).
Sans l'accord préalable de l'occupant ou de son représentant légal, les agents de contrôle ne peuvent y pénétrer.

Je soussigné(e), ou mon représentant légal, exprime ci-dessous ma position concernant le contrôle de mon espace privatif :

☐ J'accepte que les contrôles puissent être effectués dans mon espace privatif.

☐ Je refuse que les contrôles soient effectués dans mon espace privatif.

Ce consentement peut être modifié à tout moment sur simple demande écrite adressée à la direction de l'établissement/service.

La présente annexe fait partie intégrante du contrat de séjour, du contrat d'accompagnement au travail ou du document individuel de prise en charge. Un exemplaire est remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal.

2. Consentement relatif aux données personnelles (Article L. 312-9 du CASF et Règlement UE 2016/679 – RGPD)

Dans le cadre de votre accompagnement, l'établissement ou le service est amené à collecter ou à vous demander de communiquer des données personnelles vous concernant ou concernant vos aidants.
L'établissement ou le service s'engage à conserver et traiter ces données avec des professionnels intervenant dans votre accompagnement conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (cf la note d'informations « traitement de vos données à caractère personnel).
Pour votre information, **le refus de ce traitement est de nature à empêcher les professionnels de vous accompagner et de répondre à votre orientation dans la structure.**

Je soussigné(e), ou mon représentant légal, exprime ci-dessous ma position concernant le traitement de mes données personnelles :

☐ J'accepte la collecte, la conservation et le traitement de mes données personnelles dans le cadre de mon accompagnement.

☐ Je refuse la collecte, la conservation et le traitement de mes données personnelles.

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de vos données, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de l'établissement par courrier adressé au DPO 38 avenue de Grattery 89000 Auxerre ou par courriel dpo@epnak.org

La personne accompagnée (ou son représentant légal)
Nom et prénom : .....
Qualité (si représentant légal) : .....
Date : .....
Signature :

Le représentant de l'établissement/service
Nom et prénom : .....
Fonction : .....
Date : .....
Signature et cachet :

La présente annexe fait partie intégrante du contrat de séjour, du contrat d'accompagnement au travail ou du document individuel de prise en charge. Un exemplaire est remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal.

ANNEXE AU CONTRAT DE SÉJOUR : Consentement : choix du pharmacien

Consentement : choix du pharmacien

La personne accompagnée (ou son représentant légal)
Nom et prénom : .....
Qualité (si représentant légal) : .....
Date : .....
Signature :

Le cas échéant, le représentant de l'établissement
Nom et prénom : .....
Fonction : .....
Date : .....
Signature et cachet :

☐ Accepte que la pharmacie partenaire de l'établissement soit sa pharmacie référente et que la distribution des médicaments soit gérée par l'établissement.
☐ Refuse la proposition ci-dessus et gérera lui / elle-même l'approvisionnement auprès de son pharmacien habituel et assurera la prise de son traitement.

Pour information, l'aide à la prise des médicaments peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante (article L. 313-26 du CASF).
Si l'état de santé de M. ..... venait à être particulièrement altéré ou devant un état de mal nécessitant des soins particuliers qui ne pourraient être dispensés dans le contexte de l'établissement, M. ..... sera adressé à un centre hospitalier le plus proche dans les délais les plus brefs pour sa sécurité et la prise en charge de soins adaptés. Les mandataires judiciaires et les proches seront informés dans les meilleurs délais.

La présente annexe fait partie intégrante du contrat de séjour, du contrat d'accompagnement au travail ou du document individuel de prise en charge. Un exemplaire est remis à la personne accompagnée ou à son représentant légal.