



CONTRAT D'HÉBERGEMENT

PARTIES CONTRACTANTES

Le présent contrat est conclu entre d'une part,

l'EMS Les Sugits

Rue de l'Hôpital 31

2114 Fleurier

ci-après l'institution,

et d'autre part,

Nom :

Prénom :

No AVS :

Adresse :

Date de naissance :

Origine :

ci-après désigné comme le·la résident·e*.

* Toutes les références aux personnes doivent s'entendre au masculin comme au féminin.

Le cas échéant, le résident est représenté par :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone/s :

Adresse e-mail

ci-après désigné comme le représentant agissant en qualité de :

- ☐ Curateur selon décision de l'Autorité de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (APAE) (la décision doit être remise à l'institution).
- ☐ Mandataire au bénéfice d'une procuration de portée générale¹ valable (la procuration doit être remise à l'institution ; un modèle figure en *annexe 9*.)

Lien familial :

Autre lien :

☐ Autre :

¹ Pour plus de renseignements à ce propos, consulter par exemple la brochure « Mandat pour cause d'incapacité » édité par Association suisse Alzheimer, 2021 - https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/_processed_/1/e/csm_163_F_32_Mandat-pour-cause-dinapitude_94298482d6.png - En annexe du présent contrat d'hébergement

MESURES PERSONNELLES ANTICIPÉES

Directives anticipées²

Des directives anticipées ont été établies ☐ oui ☐ non

Si oui, une copie des directives anticipées est jointe dans le dossier de soins du résident, lequel reste libre de les modifier à tout moment.

Si non :

- La brochure³ « L'essentiel du droit des patients » co-édité par le Service de la Santé publique (SCSP précise qui, en l'absence de directives anticipées, peut représenter le résident en cas d'incapacité de discernement (cf. page 11 de la brochure remise en annexe au présent contrat).

Représentant thérapeutique⁴

Le résident désigne en qualité de représentant thérapeutique :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone/s :

² Document signé et daté indiquant le type de mesures (diagnostiques, curatives, palliatives) souhaitées ou non par le résident, au cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

³ https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/medecin-cantonal/droits-patients/Documents/DroitsPatients_BrochureNE_202407.pdf

⁴ Personne désignée par le résident et chargée de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les situations où il ne dispose plus de la capacité pour se déterminer.

Table des matières

1.	BUT ET OBJET	6
2.	DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES	6
3.	PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIÈRES	7
3.1	Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension	7
3.2	Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident	7
3.3	Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC)	7
4.	PRESTATIONS DE SOINS ET MÉDICO-THÉRAPEUTIQUES	7
4.1	Soins	7
4.2	Médecin	7
4.3	Thérapeutes	8
4.4	Pharmacie	8
5.	CONDITIONS FINANCIÈRES	8
5.1.	Financement de l'hébergement socio-hôtelier	8
5.2	Facturation des prestations de soins et médico-thérapeutiques	8
5.3	Païement d'un acompte	9
5.4	Facturation et paiement	9
6.	ABSENCES DU RÉSIDENT	10
6.1	Hospitalisation	10
6.2	Vacances et congés	10
7.	ENTRÉE / TRANSFERT / DÉPART DU RÉSIDENT	10
8.	ASSURANCES	10
9.	DÉPÔT D'ARGENT ET D'OBJETS DE VALEUR & PERTE	11
10.	DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION	11
10.1	Durée du contrat	11
10.2	Fin du contrat	11
11.	PLAINTES	11
12.	DISPOSITIONS FINALES	12
ANNEXE 1		
	Prix de pension et participation aux frais de soins	13
ANNEXE 2		
	Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension	14
ANNEXE 3		
	Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident	15
ANNEXE 4		
	Prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident	16
ANNEXE 5		
	Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT)	17

ANNEXE 6	
Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles	19
ANNEXE 7	
Extrait du règlement d'utilisation du dossier-résident informatisé (DRI)	21
ANNEXE 8	
Remise de la brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »	23
ANNEXE 9	
Procuration pour la gestion administrative.....	24
ANNEXE 10	
Procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence	25
ANNEXE 11	
Autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident	26

1. BUT ET OBJET

Le présent contrat a pour but de préciser les droits et les devoirs de l'institution et du résident.

2. DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES

- 2.1** Le présent contrat est conclu entre le résident et l'institution qui s'engagent à en respecter les dispositions.
- 2.2** Cas échéant, le représentant agit au nom et pour le compte du résident. La signature du contrat d'hébergement par le représentant engage le résident envers l'institution.
- 2.3** L'institution garantit notamment au résident le droit au respect et à la protection de sa dignité et le droit à la liberté personnelle, notamment celle de conserver le contact avec son entourage.
- 2.4** Le résident s'engage à traiter avec respect tout collaborateur de l'institution et les autres résidents. Il s'engage par ailleurs à respecter les règles internes de l'institution.
- 2.5.** Selon l'article 24 de la Loi neuchâteloise de santé du 6 février 1995, « chaque patient doit recevoir, lors de son entrée dans une institution, une information écrite, aisément lisible sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions de son séjour ».
- 2.6** En sa qualité de patient, le résident bénéficie de tous les droits qui lui sont reconnus par la Loi de santé neuchâteloise. La brochure jointe au présent contrat intitulée « l'essentiel sur les droits des patients », éditée par le Service cantonal de la santé publique (SCSP), apporte les renseignements complémentaires sur ce thème (*cf. annexe 8*).
- 2.7** A des fins d'organisation et de traitement des informations, l'institution dispose d'un dossier-résident informatisé contenant les données administratives et les données médicales concernant le résident. L'institution applique le règlement d'accès au dossier résident informatisé édité par l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA) en conformité avec la législation sur la protection des données. Un extrait de ce règlement est joint au présent contrat d'hébergement (*cf. annexe 7*). La signature du présent document tient lieu d'accord du résident, respectivement de son représentant, pour la récolte et le traitement des données nécessaires à l'exécution des prestations médico-sociales, conformément aux bases légales.
- 2.8** Lors de la signature du présent contrat, le résident, ou en son nom son représentant, s'engage à transmettre dès son entrée dans l'institution toutes les informations utiles pour la mise en place des prestations de soins et d'accompagnement, informations qui seront traitées dans le respect des règles régissant la protection des données.
- 2.9** En cas d'autonomie financière insuffisante, le résident - ou en son nom son représentant - s'engage requérir des prestations complémentaires à l'AVS (PC) dès la signature du présent contrat, en tenant compte du fait que, passé un délai de six mois après l'entrée en institution, les PC ne seront plus accordées à titre rétroactif.

L'allocation d'impotence est incluse dans les ressources du résident et prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires. En cas d'octroi d'une allocation d'impotence, le résident - ou en son nom son répondant - informe l'institution. A cet effet, la procuration (selon le modèle figurant à l'*annexe 10*) est dûment complétée par les parties et transmise à la caisse de compensation AVS ou à l'office AI, selon le type d'allocation d'impotence octroyée.

L'état de fortune et les ressources du résident lors de son entrée dans l'institution seront analysés par la caisse de compensation pour l'octroi de prestations complémentaires et, le cas échéant, d'aides individuelles.

En cas de non-octroi, des demandes devront être à nouveau adressées lorsque les ressources et l'état de fortune du résident subissent des modifications.

- 2.10** Le résident - ou en son nom son représentant - informe l'institution, dès qu'il a connaissance des faits, de l'éventuelle impossibilité financière à honorer les factures établies par l'institution. Celle-ci se réserve le droit d'exiger tout document utile justifiant la situation financière du résident, notamment un extrait de l'office des poursuites.

3. PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIÈRES

3.1 Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension

Les prestations de services comprises dans le prix de pension journalier sont les suivantes :

- La mise à disposition d'une chambre à un (ou deux) lit(s), le lit électrique et la table de nuit font partie de l'équipement imposé ;
- Le service de restauration : petit-déjeuner, repas de midi et du soir ainsi que les collations et les boissons mises à disposition ;
- Le service hôtelier incluant le service à table, l'entretien du linge lavable en machine, le ménage et le service technique ;
- La libre participation aux activités d'animation internes et externes ;
- La libre utilisation des locaux communs, en particulier des locaux de loisirs ;
- Les autres prestations individuelles détaillées à l'*annexe 2*.

3.2 Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident

Le prix de pension journalier ne comprend pas les prestations individuelles spécifiques (PIS) ni certaines dépenses à charge du résident. Ces prestations sont facturées en sus du prix de pension journalier, selon l'*annexe 3* jointe au présent contrat.

Les prestations individuelles spécifiques (PIS) sont constituées des prestations ou articles usuels personnellement nécessaires. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur maladie LaMAL ou LCA, l'AI ou les prestations complémentaires.

3.3 Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC)

Les autres prestations supplémentaires à choix (APSAC), listées à l'*annexe 4* jointe au présent contrat, sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires, choisis par le résident ou son représentant pour augmenter son confort. Ces frais sont entièrement à la charge du résident et ne sont donc pas pris en compte dans les calculs de décision des régimes sociaux.

4. PRESTATIONS DE SOINS ET MÉDICO-THÉRAPEUTIQUES

4.1 Soins

L'institution détermine l'ensemble des prestations de soins nécessitées par l'état de santé du résident avec son assentiment, ou celui de son représentant.

4.2 Médecin

L'institution offre de faire appel au/x médecin/s-référent/s de l'institution lorsque celle-ci a passé un accord avec un/des praticien/s qui viennent sur place fournir leur consultation.

Le résident est libre de choisir un médecin traitant extérieur à l'institution. Il est tenu d'en communiquer le nom à cette dernière ; dans ce cas, un entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des consultations et des urgences.

4.3 Thérapeutes

L'institution recommande de faire appel aux thérapeutes (physiothérapeute, ergothérapeute) de l'institution.

Le résident est libre de choisir un thérapeute extérieur à l'institution. Il est tenu d'en communiquer le nom à cette dernière ; dans ce cas, un entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des traitements.

4.4 Pharmacie

L'institution a sa propre organisation de pharmacie. La gestion des médicaments est externalisée.

Le résident peut toutefois s'adresser à une pharmacie de son choix, dont il communique alors le nom à l'institution. La pharmacie est tenue de se conformer aux directives de cette dernière en matière de gestion des médicaments.

5. CONDITIONS FINANCIÈRES

5.1. Financement de l'hébergement socio-hôtelier

5.1.1 Prestations à charge du résident

Les prestations socio-hôtelières à charge du résident comprennent :

- Le prix de pension journalier, qui comprend notamment la prestation socio-hôtelière de base, le supplément pour chambre individuelle et la prestation loyer (*cf. annexe 2*) ; à noter que la part du prix de pension à charge du résident est déterminée en fonction de sa situation financière (*cf. annexe 6*) ;
- Les prestations individuelles spécifiques (PIS) (voir ci-dessus chiffre 3.2) ;
- Les autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) (voir ci-dessus chiffre 3.3).

5.1.2 Les tarifs correspondant aux rubriques ci-dessus sont remis pour information en annexe. Le prix de pension et les prestations individuelles spécifiques sont définis chaque année par voie d'arrêté du Conseil d'Etat. Les résidents sont informés des modifications des tarifs.

5.2 Facturation des prestations de soins et médico-thérapeutiques

5.2.1 Principe général

Le financement des soins et des prestations médico-thérapeutiques est indépendant du prix de pension. Ces prestations peuvent en partie être prises en charge par l'assurance-maladie (de base et/ou complémentaire) du résident ou par les régimes sociaux. L'institution s'assure que le résident - ou en son nom son représentant - effectue les démarches nécessaires pour l'obtention des prestations sociales auxquelles il peut prétendre. Des informations détaillées à propos des prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT) sont données au résident dans l'*annexe 5* qui lui est remise avec le présent contrat.

5.2.2 Facturation des prestations de soins

Les frais de soins sont facturés, selon le degré de soins défini par les outils PLEX (**PLAISIR® EXpress**) et PLAISIR® (**Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis**).

Cette facturation se fait, selon les règles fixées à l'art. 7 de l'Ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), de la manière suivante :

- La participation de l'assureur-maladie à hauteur du montant fixé dans l'OPAS ; la facturation de cette participation fait l'objet d'une copie de la facture au résident ou à son représentant.

- La participation du résident, participation définie par le Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel et s'élevant au maximum à 20% de la participation maximale des assureurs-maladie (Ordonnance sur l'assurance maladie - OAMAL) ;
- La participation de l'Etat pour la part résiduelle du coût des soins définie par arrêté cantonal.

5.2.3 Facturation des prestations médico-thérapeutiques

Les prestations médico-thérapeutiques comprennent, notamment :

- Les honoraires médicaux ;
- Les médicaments ;
- Le matériel de soins, y compris le matériel d'incontinence ;
- Les honoraires de physiothérapie ;
- Les honoraires d'ergothérapie ;
- Les honoraires de dentiste ;
- Les honoraires de pédicure sur prescription médicale ;
- Les examens ordonnés par le médecin ;
- La quote-part et la franchise ;
- Les frais de transport à but médical ;
- Les coûts supplémentaires engendrés par l'approvisionnement dans une autre pharmacie que celle fournissant habituellement l'institution.

5.3 Paiement d'un acompte

Afin de garantir l'exécution des obligations financières du résident envers l'institution découlant du présent contrat, **un acompte de CHF 4'500.00**, correspondant au maximum à un mois de frais d'hébergement et de la part aux soins, est demandé au résident dès son entrée dans l'institution.

5.4 Facturation et paiement

5.4.1 Les factures sont en principe établies mensuellement. Le règlement doit être effectué par le résident ou son représentant avec les recettes dont il disposera (rente vieillesse, allocations d'impotence, prestations complémentaires, etc.), le cas échéant avec sa fortune, conformément au délai de paiement figurant sur la facture.

Pour rappel, les prestations sociales sont versées au résident à l'avance par rapport à la facture de l'institution, soit au début du mois pour le mois en cours.

5.4.2 Tout retard fera l'objet d'un rappel pour lequel la direction se réserve le droit de facturer des frais et un intérêt moratoire au taux de 5% l'an.

5.4.3 Si l'institution estime insuffisantes les garanties financières pour le paiement du prix de pension, le résident, ou en son nom son représentant, signe le formulaire fédéral « Demande de versement de rente à un tiers ou à une autorité qualifiée » (cession) ; cette démarche permet à l'EMS de s'assurer les garanties financières suffisantes pour le paiement du prix de pension, par exemple en touchant directement les prestations complémentaires octroyées au résident.

En cas de non-paiement de ses factures, l'institution peut engager des poursuites, voire solliciter auprès de l'autorité compétente la nomination d'un représentant légal chargé de gérer les biens du résident.

5.4.4 Les factures échues établies sur la base du présent contrat valent reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 de la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et faillite (LP).

6. ABSENCES DU RÉSIDENT

6.1 Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, la totalité du prix de pension est due pendant la durée du séjour hospitalier.

L'institution garde la chambre contre facturation pour une durée de soixante jours maximum. Ce délai échu, l'institution informe le résident de la fin de la garde de la chambre.

6.2 Vacances et congés

En cas de vacances et congés, la totalité du prix de pension est due pendant la durée de l'absence.

7. ENTRÉE / TRANSFERT / DÉPART DU RÉSIDENT

7.1 Conformément à l'arrêté fixant les modalités de l'entretien d'orientation dans le réseau de santé (AMEORS) du 20 janvier 2020, l'admission en **EMS / pension de long séjour** nécessite la validation de l'orientation par AROSS (Accueil Réseau Orientation Santé Social).

7.2 Les jours d'entrée et de sortie sont facturés comme jours entiers, tant pour les prestations de soins que pour les prestations socio-hôtelières.

7.3 En cas de transfert dans une autre institution de soins du canton, les prestations de soins sont facturées par les deux institutions, celle de sortie et celle d'entrée. Cette pratique est conforme aux conventions actuellement en vigueur avec les assureurs-maladie. Le prix de pension est également facturé au résident par les deux parties.

L'institution peut demander le transfert d'un résident si sa prise en charge ne correspond plus à sa mission.

7.4 Afin de favoriser le meilleur des accompagnements possibles, l'institution se réserve par ailleurs le droit de procéder à un déménagement à l'interne, soit dans une autre unité de soins, sur un autre étage ou dans une autre chambre. Des critères de gestion et d'optimisation du taux d'occupation des lits peuvent également motiver le transfert à l'interne d'un résident. Le résident et/ou son répondant sera/seront alors tenu/s informé/s de la démarche et, dans toute la mesure du possible, il sera tenu compte de son/leur avis.

7.5 En cas de départ, de transfert hors canton ou de décès du résident, l'institution peut facturer la totalité du prix de pension journalier tant que la chambre n'est pas libérée.

Une prestation de garde-meubles est due dès le 31ème jour par le représentant qui entrepose, suite au départ ou au décès du résident qu'il représente, des biens mobiliers dans les locaux de l'institution.

8. ASSURANCES

L'institution a contracté une assurance RC privée, contrat collectif. En conséquence, le résident est couvert en cas de dommages matériels ou corporels causés à des tiers dans la mesure où sa responsabilité civile est engagée.

L'institution a également contracté une assurance ménage couvrant les biens des résidents. Sont assurés les biens propres des résidents dans l'institution jusqu'à concurrence de CHF 2'500.00 par résident, sauf les bijoux, fourrures et valeurs pécuniaires. Les limites de prestations prévues par les conditions générales sont valables pour chaque sinistre.

Les primes sont à charge de l'institution.

9. DÉPÔT D'ARGENT ET D'OBJETS DE VALEUR & PERTE

Il est vivement conseillé d'effectuer tout dépôt d'argent et de valeurs auprès de l'institution qui en assume la responsabilité. Le dépôt ne donne pas droit à un versement d'intérêts.

L'institution décline toute responsabilité en cas de perte, disparition et détérioration d'objets et valeurs qui ne lui seraient pas confiés et/ou qui auraient été déposés dans des lieux inappropriés.

10. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION

10.1 Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence le {r:entry_date}.

10.2 Fin du contrat

10.2.1 Résiliation par le résident ou en son nom par son représentant

Le résident, ou en son nom son représentant, peut résilier le présent contrat en respectant un délai de dix jours. En cas de non-respect des dix jours, l'institution est en droit de facturer les frais d'hébergement jusqu'à l'expiration du délai de résiliation. Le résident, ou en son nom son représentant, doit s'acquitter des éventuelles factures en suspens sur les biens et avoirs du résident.

10.2.2 Résiliation par accord mutuel

L'institution et le résident, ou en son nom son représentant, peuvent, par accord mutuel, mettre fin à la réservation du lit avant l'expiration des délais de résiliation fixés par le présent contrat.

10.2.3 Résiliation par l'institution pour justes motifs

L'institution peut résilier le présent contrat pour de justes motifs, moyennant le respect d'un délai de dix jours. Les délais échus, l'institution informe immédiatement le résident de la rupture du contrat. Celle-ci n'interviendra que lorsqu'une solution sera trouvée au sujet du nouveau lieu de séjour du résident.

Sont notamment considérés comme justes motifs :

- La conduite incompatible avec la vie en collectivité, le non-respect répété des égards dus aux autres résidents et aux collaborateurs de l'institution ;
- La mise en danger de soi et des autres ;
- Le non-paiement fautif et récurrent des montants à sa charge.

10.2.4 Fin du contrat en cas de décès

Le contrat prend fin le jour du décès du résident, sous réserve des dispositions prévues au point 7.3 du présent contrat.

En cas de décès du résident intervenant lors d'une hospitalisation, son représentant est tenu d'en informer sans tarder l'EMS.

11. PLAINTES

11.1 En cas de litige, le résident et/ou son représentant et l'institution s'engage/s'engagent à privilégier la communication et la médiation. Ils adoptent une attitude constructive.

11.2 Le résident et/ou son représentant peut/peuvent s'adresser à la direction de l'institution ou à son comité de direction à l'adresse suivante :

- Conseil de fondation de la Fondation Les Sugits, p.a. EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier.

Le résident, ou en son nom son représentant, peut s'adresser également aux organismes représentant les intérêts des assurés ou aux différentes instances de médiation et de plainte, notamment :

- L'Autorité de conciliation en matière de santé (ACMS), Service de la santé publique, rue de Tivoli 28, case postale 1, 2002 Neuchâtel – ACMS@ne.ch, tél. 032 889 64 56 ;
- Le Service de la Santé publique (SCSP), rue de Tivoli 28, case postale 1, 2002 Neuchâtel, tél. 032 889 62 00 ;
- Les Autorités judiciaires ordinaires :
 - Tribunal régional des Montagnes et du Val-de-Ruz, avenue Léopold-Robert 10, 2300 La Chaux-de-Fonds, tél. 032 889 61 81 ;
 - Tribunal régional du Val-de-Travers et du Littoral, rue de l'Hôtel-de-Ville 2, 2000 Neuchâtel, tél. 032 889 61 80 et rue Louis-Favre 39, 2017 Boudry, tél. 032 889 61 83.

12. DISPOSITIONS FINALES

- 12.1 Les parties se déclarent d'accord sur les termes du présent contrat et s'engagent à en respecter les dispositions.
- 12.2 Le résident et/ou son représentant reconnaît avoir pris connaissance des documents annexés et en accepte les termes.
- 12.3 Le contrat est signé par l'institution et par le résident et/ou son représentant.
- 12.4 Par leur signature, le résident et/ou son représentant déclarent faire élection de domicile au lieu de l'institution de résidence, où toute communication pourra être valablement adressée si celle-ci, envoyée par lettre recommandée à la dernière adresse indiquée, était retournée à l'institution.
- 12.5 Tout litige pouvant survenir au sujet de l'interprétation ou de l'application du présent contrat sera tranché exclusivement par les tribunaux neuchâtelois - du domicile du résident ou du siège de l'institution pour les résidents qui ne sont pas domiciliés dans le canton.

Fait en deux exemplaires originaux, un pour chaque partie.

....., le

Fleurier, le

Le résident et/ou son représentant

EMS Les Sugits

.....

Annexes au contrat de l'institution :

1. Liste des prix de pension et participation aux frais de soins
2. Liste des prestations individuelles journalières comprises dans le prix de pension (PIJ)
3. Liste des prestations individuelles spécifiques à charge du résident (PIS)
4. Liste des autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident
5. Liste des prestations de soins et médico-thérapeutiques (PMST)
6. Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles
7. Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé
8. Brochure « L'essentiel sur le droit des patients »
9. Modèle de procuration de portée générale
10. Modèle de procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence
11. Autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident

ANNEXE 1

Prix de pension et participation aux frais de soins

Prix de pension journalier 2026 (forfaits socio-hôtelières)

Prestation socio-hôtelière de base	CHF	112.50
Supplément chambre à 1 lit	CHF	15.00
Prestation journalière loyer	CHF	35.30
Supplément CCT Santé 21	CHF	10.40

soit, au total par type de chambre :

Chambre à 1 lit	CHF	173.20
Chambre à 2 lits	CHF	158.20

Participation aux frais de soins du résident selon les degrés de soins définis :

Classe 1	CHF	1.80
Classe 2	CHF	9.00
Classe 3	CHF	16.60
Classe 4	CHF	21.00
Classe 5	CHF	21.60
Classe 6	CHF	22.30
Classe 7-12	CHF	23.00

ANNEXE 2

Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension

Il s'agit des prestations couvrant les frais d'hébergement et de prise en charge non LaMAL (hôtellerie et technique, cuisine, nettoyage, lingerie, animation). Par défaut, toutes les dépenses nécessaires à l'hébergement et à la prise en charge non LaMAL d'un résident, qui ne sont pas financées explicitement par une autre prestation, sont comprises dans ce prix de pension; cela concerne en particulier :

- Les repas, boissons mises à disposition et collations à l'heure des repas, le service en salle à manger et en chambre ;
- Les régimes alimentaires prescrits par un médecin ;
- La mise à disposition d'un appareil téléphonique, l'abonnement téléphonique, l'accès au teleréseau et à internet ;
- La mise à disposition d'une gamme de produits de toilette courants (savon, produit de douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, lames de rasoir, mousse à raser, à l'exclusion des produits cosmétiques) ;
- L'entretien courant du linge (lavage, repassage, pliage, rangement, petits travaux de couture) ;
- Les moyens auxiliaires de base (canne, déambulateur, fauteuil roulant mécanique standard) ;
- L'animation courante ;
- Les collations lors de sorties organisées par l'institution ;
- Les transports effectués par l'institution dans le cadre d'une sortie organisée ;
- L'assurance responsabilité civile dans le cadre d'un contrat collectif de l'institution ;
- L'assurance ménage dans le cadre d'un contrat collectif de l'institution ;
- La toilette et la chambre funéraires (limitées aux prestations de l'institution).

ANNEXE 3

Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident

Il s'agit des prestations individuelles spécifiques pouvant être facturées à l'acte au résident en sus du prix de pension, comme par exemple :

- La taxe d'entrée de CHF 300.00 (une fois par séjour) ;
- Le dépôt de clé ;
- Les frais de port du courrier du résident, aux frais effectifs non majorés ;
- Les communications téléphoniques au prix coûtant non majoré ;
- La location du téléviseur en chambre au prix coûtant non majoré ;
- Le lavage, le repassage et l'entretien des vêtements lors de l'entrée du résident dans l'institution à hauteur maximale de CHF 100.00 ;
- Les retouches importantes, maximum CHF 20.00 par vêtement ;
- Le marquage des habits à hauteur maximale de CHF 80.00 ; prix des étiquettes en sus ;
- Les spectacles à l'extérieur (concert, cirque, etc.), au prix coûtant non majoré ;
- Les repas de midi ou du soir lors de sorties, participation maximale de CHF 10.00 par sortie ;
- Les vacances, participation maximale de CHF 50.00 par jour ;
- Les trajets à but médical ou non, avec ou sans accompagnant. Les transports à but médical peuvent être remboursés pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. La taxe de prise en charge est de CHF 20.00 + CHF 1.50 par km chauffeur compris. Cas échéant, l'accompagnant est facturé CHF 35.00 par heure.

Les prestations sont facturées au prix coûtant sans majoration ou au prix fixé par arrêté du Conseil d'Etat chaque année.

ANNEXE 4

Prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident

- Les frais de déménagement du domicile à l'institution à hauteur des frais effectifs sans majoration ;
- Les boissons achetées en cafétéria ou fournies en chambre, aux distributeurs de boissons et les snacks ;
- Les repas des visites sont encaissés directement ou refacturés au résident ;
- Les articles de toilette demandés spécifiquement par le résident et autres que les produits courants utilisés dans l'institution ;
- Les piles électriques, y compris celles pour les appareils auditifs ;
- Les frais de pédicure (soins de beauté et d'hygiène) ;
- Les frais de coiffeuse et d'esthéticienne ;
- Les frais de lavage chimique, l'achat de vêtement et de chaussures ;
- La réparation d'objets personnels ;
- Les journaux ou abonnements souscrits par le résident ;
- Les achats effectués à la demande du résident ou de son représentant ;
- Les transports utilitaires sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.00 de taxe de prise en charge. Cas échéant, les frais d'accompagnement s'élèvent à CHF 35.00/heure ;
- Les frais de garde-meubles ou débarras après la libération de la chambre à hauteur des frais effectifs sans majoration.

Remarque : Depuis le 01.01.2019, tout résident en EMS est exempté de la redevance de radio-télévision SERAFE (anciennement redevance BILLAG) dans la mesure où un EMS entre dans la catégorie des ménages collectifs. Pour être effective, l'exemption doit faire l'objet d'une information transmise par le résident ou son répondant à l'organe de recouvrement SERAFE, indiquant que le résident vit en EMS et transmettant une attestation dans ce sens, établie par l'institution.

ANNEXE 5

Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT)

Prestations de soins

Les degrés de soins sont définis par les outils PLEX (**PLAISIR® EXpress**) et PLAISIR® (**Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis**).

Le résident autorise l'institution à évaluer son degré de dépendance, selon les outils PLEX et PLAISIR susmentionnés, avec sa collaboration et celle de l'évaluateur désigné.

En outre, le résident autorise également le médecin-conseil de sa caisse-maladie à consulter son dossier de soins si nécessaire et dans le plein respect des dispositions légales sur la protection des données. Son accord lui sera expressément demandé lors de chaque demande de consultation.

La participation de l'Etat pour la part résiduelle du coût des soins est définie annuellement par arrêté cantonal.

Prestations médico-thérapeutiques

Médecin et thérapeutes

Les frais médico-thérapeutiques et hospitaliers ambulatoires sont facturés directement au résident (ou à son représentant) qui se fera rembourser par son assureur-maladie de base et/ou complémentaire.

Médicaments

Les médicaments reconnus par l'assurance-maladie de base (LAMal) sont facturés directement à la caisse-maladie. Dans la mesure du possible, selon les directives et les accords avec les assureurs-maladie, le choix du médicament prescrit sera effectué et, pour autant qu'il en existe un, sur un générique du médicament original.

Si un médicament hors liste doit être administré ou choisi par convenance personnelle, la facture sera envoyée au résident ou à son représentant administratif pour règlement. Cas échéant, un remboursement pourra être demandé auprès d'une assurance complémentaire.

Au cas où l'administration d'un ou plusieurs médicament/s devait être interrompue (traitement terminé, mal supporté, inefficace ou en cas de décès), sans avis contraire du résident - ou en son nom de son représentant - ils seront mis à disposition gratuitement d'autres résidents de l'EMS afin de limiter le gaspillage. Le but est d'éviter de devoir jeter ces médicaments, s'ils peuvent encore être utilisés par une autre personne souffrant de la même maladie. À défaut d'un tel accord, les produits qui ne sont plus utilisés seront détruits par le canal officiel de destruction des médicaments.

Matériel de soins

La prise en charge obligatoire des moyens et appareils par l'assurance-maladie sociale se fonde sur la Loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Des précisions en la matière se trouvent dans l'Ordonnance du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), complétée par les dispositions de l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Depuis le 01.10.2021, les produits relevant de la Liste des moyens auxiliaires (LiMA) sont à la charge des caisses-maladie selon des montants maximaux remboursés (MMR). Les éventuels dépassements des MMR sont à la charge de l'institution, en vertu l'alinéa 2 de l'art. 2 de l'Arrêté du Conseil d'Etat fixant les tarifs de soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal dispensés en EMS du 14.12.2022.

La liste des moyens et appareils (LiMA) est disponible sur le lien ci-dessous :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html>

Dentiste

Les frais dentaires sont à la charge du résident. En cas de traitements conséquents (+ de CHF 500.-), l'institution fait établir par un médecin dentiste diplômé un devis, qui sera soumis au résident, ou à son représentant. Les bénéficiaires de prestations complémentaires peuvent, sur présentation d'un devis, solliciter une prise en charge de tous les frais dentaires. Les contrôles réguliers, les détartrages et les situations d'urgence sont remboursés sans accord préalable.

Podologie

Les soins de podologie ou de pédicure-podologie sont considérés comme thérapeutiques **dès qu'il y a une prescription médicale**. Depuis le 01.01.2022, les soins de podologie sont pris en charge par l'assurance-maladie de base LAMaL lorsqu'ils sont dispensés à des **personnes diabétiques** et effectués par du personnel infirmier (OPAS art. 9c) ou des podologues (OPAS art. 11c). Ceux-ci doivent être reconnus par la caisse maladie et les frais sont alors remboursés sur la base d'une facturation spécifique selon TarMed. Pour les **personnes non-diabétiques**, les soins de podologie sur prescription médicale continuent à faire partie des prestations au sens de l'article 7 lettre b de l'OPAS et peuvent être pris en charge par les prestations complémentaires (PC) (voir ci-après l'annexe 6) ou par l'assurance-maladie complémentaire (LCA) si existante.

Voici le résumé des modalités de remboursement des frais de podologie sur prescription médicale :

Payeur	Prestataire de soins	Personne diabétique	Personne non-diabétique	Critère de l'allocation d'impotence	Critère de l'état de fortune
Assurance maladie de base (LAMaL)	Prestataire reconnu par la caisse-maladie	Oui	Non		
CCNC	Prestataire externe à l'institution	Oui, pour les frais non-pris en charge par la caisse-maladie, correspondant à la franchise et à la quote-part de 10%	Oui, sur la base du refus de l'assurance maladie LaMAL, voire LCA (à transmettre avec la 1ère facture)	Si API de degré moyen ou grave	Si fortune inférieure à CHF 30'000 (seul) ou CHF 50'000 (couple)
Assurance maladie complémentaire (LCA)	Prestataire reconnu par la caisse-maladie	Oui	Possible, selon les conditions de la caisse-maladie		

Quote-part et franchise

Pour la part non-remboursée des frais, à savoir la franchise minimum de CHF 300.00 et la quote-part de 10%, au maximum CHF 700.00 par année, les assureurs-maladie établissent des décomptes à l'égard de leurs assurés. Ces sommes sont remboursables par les PC pour les ayants droit (voir l'annexe 6).

Transports à but médical

Les transports à but médical sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.00 de taxe de prise en charge + CHF 35.00/heure pour les frais d'accompagnement, cas échéant. Les transports en ambulance ne sont pas financés par l'institution. Les résidents ou leur représentant peuvent présenter ces factures à leur assureur-maladie, qui doit en assumer au minimum le 50 %. Les transports à but médical peuvent être remboursés pour les bénéficiaires de prestations complémentaires.

ANNEXE 6

Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles

Pour les résidents qui ne peuvent supporter la charge financière du prix de pension et/ou la charge de leur part aux frais de soins, des demandes de prestations doivent être introduites auprès de leur Agence régionale AVS pour obtenir :

1. Les prestations complémentaires de l'AVS/AI, calculées sur la taxe d'hébergement unique (CHF 122.80) et fixées annuellement par le Conseil d'Etat pour les résidents des EMS ;
2. Les aides individuelles, calculées sur le prix de pension de l'institution défini annuellement par le Conseil d'Etat.

Depuis 2021, les prestations complémentaires sont calculées sur une base de 365 jours effectifs, respectivement 366 jours effectifs lors des années bissextiles, (et non plus sur une base mensuelle), tout comme les aides individuelles.

1. Prestations complémentaires AVS/AI

- **Pour les personnes qui ne bénéficient pas de prestations complémentaires**, une demande doit être faite auprès de l'agence régionale AVS dont dépend leur commune de domicile. La demande de prestations doit impérativement être déposée **dans les six mois à compter de l'entrée définitive du résident dans l'institution.**
- **Pour les personnes qui bénéficient déjà de l'aide des prestations complémentaires**, le prix de pension du résident doit être communiqué à l'agence régionale AVS dont dépend sa commune de domicile pour l'établissement d'une nouvelle décision. Une attestation du prix de pension est délivrée par l'institution à l'entrée du résident. **Le délai d'annonce de six mois à l'agence régionale AVS est également à respecter.**
- En cours de séjour, **il est obligatoire de signaler à la même agence régionale AVS tout changement** pouvant intervenir sur les retraites professionnelles, l'état de fortune, voire les rentes AVS (du fait du décès du conjoint par exemple).
- Le résident, à qui un droit aux prestations complémentaires de l'AVS est reconnu, doit **adapter son assurance-maladie** aux normes des conventions existant avec les groupes tarifaires des caisses-maladie (CSS, HSK, Tarifsuisse), en assurant la franchise minimum (CHF 300.-/année).
- Dans le calcul des prestations complémentaires, un montant fixé par le Conseil d'Etat, pour l'année 2026 de **CHF 250.- par mois, est laissé à disposition du résident pour ses dépenses personnelles.**
- Le Service cantonal de l'assurance-maladie octroie **un subside pour le paiement des primes d'assurance-maladie aux bénéficiaires des PC**. Le montant maximum du subside est défini chaque année et correspond à la prime moyenne cantonale fixée par la Confédération. **Pour 2026, il s'élève à CHF 687.- par mois.**
- Une participation aux frais suivants peut être demandée pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Les demandes doivent être déposées auprès de l'agence régionale AVS dont dépend leur commune de domicile. Cette agence rembourse ces frais sur présentation des factures et décomptes originaux dans le cadre des dépenses relevant du remboursement des frais médicaux :
 - Les **cotisations de l'assurance-maladie** de base à hauteur maximale de la prime moyenne cantonale fixée par la Confédération ainsi que la franchise et les quotes-parts LAMal, sur présentation des factures et décomptes originaux.

- Pour les **transports médicaux**, la facture ou la facture partielle peut être envoyée à l'agence régionale AVS pour la prise en charge de ces frais après refus complet ou partiel de la caisse-maladie du résident.
- Les **transports en ambulance** sont pris en charge à hauteur de 50% par l'assureur maladie du résident. Le décompte original de la caisse-maladie peut être envoyé à l'agence régionale AVS pour la prise en charge du solde.
- Les **frais dentaires** peuvent être pris en charge moyennant la présentation d'un devis pour les traitements conséquents. Les contrôles réguliers, les détartrages et les situations d'urgence sont remboursés sans accord préalable.
- Les frais de lunettes à verres médicaux prescrits par un médecin, **suite à une intervention de la cataracte**.
- Pour le résident au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, **la facture de podologie** avec prescription médicale peut être envoyée à l'agence régionale AVS pour remboursement pour autant que la fortune ne soit pas supérieure à CHF 30'000.- pour une personne seule et à CHF 50'000.- pour un couple ; pour toute question, il convient de se renseigner auprès de son Agence régionale AVS.
- Les moyens auxiliaires financés par l'AVS/PC (**chaussures orthopédiques, épithèses faciales, perruques, appareils orthophoniques, lunettes-loupes**).

À noter que depuis le 01.01.2019, il n'est plus nécessaire que le résident soit au bénéfice des prestations complémentaires pour pouvoir **être exonéré de la redevance radio-télévision SERAFE** (anciennement redevance BILLAG), dans la mesure où le seul fait de résider en EMS (considéré comme un ménage collectif) suffit à l'exonération ; à cet effet, une attestation indiquant que le résident vit en EMS est établie par l'institution (voir l'annexe 4 ci-dessus).

2. Aides individuelles

Si nécessaire et pour compléter les prestations complémentaires, la Caisse cantonale de compensation détermine des aides individuelles en fonction du prix de pension de l'institution. Ces aides sont versées directement à l'institution et entraînent une adaptation du prix de pension facturé au résident.

ANNEXE 7

Extrait du règlement d'utilisation du dossier-résident informatisé (DRI)

(Règlement complet consultable sur demande)

Lorsqu'il est fait mention du résident, il doit être tenu compte de la capacité de discernement de ce dernier, le cas échéant les droits du résident sont reportés à son représentant légal (curateur, ...) ou à toute personne à laquelle le résident a donné procuration.

5.6 Personne concernée par le traitement de données

La personne concernée est la personne physique ou morale au sujet de laquelle des données sont traitées (art. 14 let. e de la Convention intercantonale relative à la protection des données et à la transparence dans les cantons du Jura et de Neuchâtel - CPDT-JUNE). Le résident correspond donc à cette définition.

5.8 Traitement de données

Le traitement de données est toute opération relative à des données – quels que soient les moyens et les procédés utilisés – notamment la collecte, la conservation, l'exploitation, la modification, la communication, l'archivage ou la destruction de données (art. 14 let. g CPDT-JUNE).

5.9 Utilisateur de données

L'utilisateur de données est celui qui consulte des données exploitées par un tiers ou celui auquel des données sont régulièrement communiquées par un exploitant. Toutes les fonctions décrites au point 8.2 ci-après correspondent à cette définition.

6.1 Droits du résident

Le résident décide seul du traitement des données le concernant à moins qu'une loi oblige à la collecte et à la transmission de données. Le résident doit être préalablement informé de tout traitement de données le concernant. Il donne son accord à ce propos. De manière concrète, le résident est informé au travers du contrat d'hébergement et sa signature dudit contrat correspond à une information générale sur le traitement des données le concernant.

Un soignant ne peut avoir accès aux données relatives à un épisode précédent de soins qu'avec le consentement du résident. Généralement, ce consentement est reconnu tacitement par la signature du contrat d'hébergement. Toutefois, au cas par cas, le résident peut exiger que certaines pièces de son dossier fassent l'objet d'un accès plus limité.

Il appartient au résident de décider à tout moment de l'accès à ses données.

6.2 Devoirs des institutions

Des mesures de sécurité nécessaires à la protection des données doivent être prises par les institutions, notamment :

- éviter que des données inutiles soient récoltées ;
- identifier les personnes ou des services auxquels les données sont fournies, même en cas de connexion automatique (traçabilité) ;
- éviter toute erreur dans la transmission des informations ;
- empêcher l'accès aux locaux et aux dossiers par des personnes non autorisées ;
- empêcher la consultation illicite des données ;
- interdire la manipulation des installations sans droit ;
- définir les mesures à prendre en cas d'abus avéré ;
- archiver/supprimer les données devenues inutiles.

6.3 Accès du résident

À condition de prouver son identité, chacun a le droit de connaître les données que les autorités traitent et qui le concernent. Aussi, le résident doit pouvoir, à tout moment, bénéficier d'un accès à ses propres données et se les faire expliquer si besoin est. De même, il doit pouvoir demander la correction des données erronées ou la suppression de certaines, lorsque cela est justifié.

Il est alors indispensable de définir un processus permettant de donner rapidement suite à des demandes de consultations de dossiers médicaux et respectueux de la protection des données.

6.4 Accès des proches du résident

De manière générale, seul le résident capable de discernement peut autoriser une communication de ses données à des tiers, qu'ils fassent partie de sa famille, de son entourage ou non. En effet, c'est uniquement en l'absence de discernement du résident que le médecin donnera accès aux informations issues de son dossier médical au représentant légal, à la personne préalablement désignée par le résident (représentant thérapeutique) ou ses proches s'il est nécessaire de demander l'accord d'agir médicalement.

Le représentant légal d'un résident sous curatelle n'a pas accès au dossier du résident capable de discernement, sauf si ce dernier autorise expressément cette consultation. Dans tous les cas, lorsque le représentant légal doit donner son accord au traitement d'un résident incapable de discernement, il a le droit d'obtenir les renseignements nécessaires à sa prise de décision.

Après le décès du résident, son dossier médical n'est en principe pas accessible à des tiers. La consultation des données d'une personne décédée est accordée, sur demande du médecin ayant pris en charge le résident ou du directeur médical, par l'autorité compétente pour délier le personnel soignant du secret professionnel auquel il est soumis lorsque le requérant justifie un intérêt à la consultation et qu'aucun intérêt prépondérant de proches de la personne décédée ou de tiers ne s'y oppose.

Bases légales :

Les principaux textes légaux régissant l'accès au dossier des résidents et sa conservation sont les suivants :

- Convention intercantonale relative à la protection des données et à la transparence dans les cantons du Jura et de Neuchâtel (CPDT-JUNE, RSN 150.30)
- Loi fédérale sur la protection des données (nLPD), du 25 septembre 2020 (RS 235.1)
- Loi cantonale de santé (LS), du 6 février 1995 (RSN 800.1)
- Règlement provisoire d'exécution de la Loi de santé, du 31 janvier 1996 (RSN 800.100)
- Loi sur l'archivage (LArch), du 22 février 2011 (RSN 442.20)
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (RS 832.10)
- Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), du 20 mars 1981 (RS 832.20)
- Code pénal suisse (CP), du 21 décembre 1937 (RS 311.0)

ANNEXE 8

Remise de la brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »

ANNEXE 9

Procuration pour la gestion administrative

Je soussigné(e)

Né(e) le

Numéro AVS

Domicilié(e) à

.....

.....

Hébergé(e) à

.....

désigne par la présente

Madame / Monsieur

Domicilié(e) à

.....

.....

Adresse e-mail

comme mon mandataire aux fins de gérer mes affaires courantes, à savoir :

- La gestion, le contrôle et le règlement des frais courants, notamment des factures de pension de l'institution sur mes biens propres ;
- Les démarches administratives liées au versement de prestations sociales et leur encaissement ;
- La gestion de mes montants pour dépenses personnelles ;
- Les relations et les démarches administratives avec l'assureur maladie.

Je soussigné(e) reconnais par la présente que les actes et affaires juridiques conclus en vertu de la présente procuration par le mandataire me lient valablement en tout temps. Je suis par ailleurs informé(e) que je peux révoquer en tout temps cette procuration.

Fait à (lieu & date) :

Signature :

ANNEXE 10

Procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence

Identité du résident

Nom, Prénom

Né(e) le

Numéro AVS

Hébergé(e) à EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier

Par la présente, la personne assurée ou son représentant légal autorise les instances compétentes (Office AI, Caisse de compensation) à transmettre une copie de la décision (communication) concernant la demande d'allocation d'impotence à l'EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier.

Prénom et nom du résident

Prénom et nom du représentant

.....

.....

Signature

Signature

.....

.....

Etabli en trois exemplaires originaux, un pour l'Office AI, un pour la Caisse de compensation et un pour l'institution.

Lieu et date

ANNEXE 11

Autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident

Dans le cadre des activités usuelles de communication de l'institution tant à l'interne qu'à l'externe,

Dans le but de rendre compte de l'activité et de la vie en institution et d'en fournir une juste appréciation par les résident-e-s et leur famille, ainsi que par le grand public dans son ensemble,

En conformité avec l'article 13 de la Constitution fédérale suisse sur la protection de la sphère privée,

Nous, en notre qualité de direction de l'EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier,

sollicitons l'autorisation de {r:title} {r:fname} {r:lname},

pour l'utilisation et la publication de photographies le/la représentant.

Cette autorisation est valable jusqu'à sa révocation, possible en tous temps.

Autorisation du la résident/e, ou en son nom de son représentant légal

Nom: _____

Prénom: _____

Autorisation accordée : ☐ OUI ☐ NON

Signature : _____ Date : _____