



# 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 Coordonnateur)**

**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 - Confidential** ».

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

L'établissement prend en charge l'étiquetage du linge de vos proches au tarif de 70 euros les 100 pièces de linge et 9€ pour les 10 pièces supplémentaires.

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

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

Pour chaque dépôt de nouveau linge, il devra être déposé auprès du Responsable d'hôtellerie à l'accueil.

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.

# EHPAD Le Manoir

## A/ HÉBERGEMENT

### **I/ Présentation de l'établissement**

Notre capacité d'accueil est de 84 lits (dont 2 lits en hébergement temporaire)

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 IDEC  
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.

Dans le bâtiment intégré en 2024 le PASA dispose d'un lieu qui lui est spécifiquement dédié.

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

# EHPAD Le Manoir

## **IV/ Coût et financement**

Notre prix de journée **2025** est Pour l'hébergement :

**88.84 €**

Pour la dépendance :

**GIR 1-2 :** **17.16 €**

**GIR 3-4 :** **10.95 €**

**GIR 5-6 :** **4.61 €**

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).

## **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.

# EHPAD Le Manoir

## **III/ 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 :

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

## **C/ CADRE DE VIE**

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.**

## Documents à retourner obligatoirement.

- 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) et la photocopie de la carte d'identité du ou des signateur(s).
- 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.

**La demande d'admission ne sera prise en compte qu'à la réception du dossier complet.**

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD 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€  Marié€  Veuf(ve)  Séparé€  Divorcée

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 (événement familial  
récent, décès du conjoint...)

# EHPAD 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

# EHPAD Le Manoir

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché :

Hébergement permanent

Hébergement temporaire

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)

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron  01.69.83.07.40.  01.69.40.32.44.

 [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr)  <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD Le Manoir

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

## 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

Aide  
sociale Oui

NON

Demande en cours  
envisagé

# EHPAD Le Manoir

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

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.

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD 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 ...../...../..... 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 **01/09/2025** :

Tarif journalier d'hébergement	88.84 €
--------------------------------	---------

Tarif journalier dépendance pour les GIR 1 et 2	17.61 €
---	---------

Tarif journalier dépendance pour les GIR 3 et 4	10.95 €
---	---------

Tarif journalier dépendance pour les GIR 5 et 6	4.61 €
---	--------

- 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

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD 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

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD 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 en boîte aux lettres.
- ≈ Soit envoyé à l'adresse suivante :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

# EHPAD 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 :

# EHPAD 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 tricots de corps coton/combinaisons</li><li>• 5 soutien-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 tricots 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 étés – 4 hivers)</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>

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

# EHPAD 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

--

# EHPAD Le Manoir

CONDUITE A RISQUE	OUI	NON
ALCOOL		
TABAC		
SEVRAGE		

PORTEAGE 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

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

REEDUCATION

kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

	OUI	NON

# EHPAD 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

A	B	C
---	---	---

Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urininaire			
	Fécale			
Habillement	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		

# EHPAD 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 :

# EHPAD 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.

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>

## **ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL**

### **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 :

# EHPAD Le Manoir

42 Rue des Saules, 91230 Montgeron : 01.69.83.07.40. : 01. 69. 40. 32. 44.  
: [le.manoir.montgeron@wanadoo.fr](mailto:le.manoir.montgeron@wanadoo.fr) : <http://www.manoir-montgeron.com>