

**CONTRAT INDIVIDUEL D'ACCOMPAGNEMENT**  
**CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION DU CENTRE**  
**HOSPITALIER DU PAYS D'OLMES**

**Concernant :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

Madame, Monsieur,

Vous-même ou un de vos proches avez sollicité le Centre Local d'Information et de Coordination, CLIC du Centre Hospitalier du Pays d'Olmes .

Dans le cadre des missions du CLIC , les intervenants médico-sociaux s'engagent :

- à coordonner leurs actions de façon à vous apporter des réponses adaptées à votre situation dans la limite des solutions existantes.
- à respecter votre mode de vie, vos valeurs et convictions, sans jugement, tant à l'égard de vos actions que celles de votre entourage en référence à la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Avec votre accord , les professionnels peuvent partager des informations confidentielles afin d'optimiser la qualité de votre accompagnement.

Les données vous concernant font l'objet d'un traitement automatisé informatique dans les conditions fixées par la loi du 6 janvier 1978. Vous avez la possibilité de vous opposer au recueil et au traitement de données nominatives vous concernant en informant la responsable du CLIC .

Je soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du CLIC et demande à bénéficier de ses services .

Fait à .....,le .....

Signature du responsable du CLIC :

Signature de l'utilisateur :

(Fait en double exemplaire dont l'un est remis ce jour à l'utilisateur ou son représentant légal)