



DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je, soussigné(e) (prénom nom et lien de parenté avec le résident)

.....

décharge l'EHPAD Béthanie/Béthesda de toute responsabilité en cas de contamination au

COVID-19 du résident (prénom nom du résident)

.....

contamination contractée lors du repas de famille organisé le (date)

.....

à l'adresse

Fait à Désandans, le

Pour servir et valoir ce que de droit,

signature