



**CENTRE DE RESSOURCES AUTISME
ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT**

- Site central de BORDEAUX -

Centre Hospitalier Charles PERRENS

121, Rue de la BECHADE - CS 81285

33076 BORDEAUX Cedex

Accès : 146 bis rue Léo SAINAT - 33000 BORDEAUX



AUTORISATION RECUEIL DE RENSEIGNEMENTS SCOLAIRES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'évaluation de votre enfant au CRA nous pouvons être amenés à recueillir des renseignements concernant sa scolarisation et son comportement en collectivité.

Dans cet objectif, nous sollicitons votre accord pour pouvoir entrer en contact avec les professionnels de l'école (enseignant, psychologue scolaire, médecin scolaire, infirmière scolaire, enseignant référent, directeur/trice, etc. en fonction des lieux de scolarisation). Aucune information sur les éléments du bilan ne sera communiquée à ces partenaires tant que le médecin responsable du bilan au CRA ne vous aura reçu en consultation de rendu des résultats au terme des évaluations au CRA.

À l'issue de l'évaluation de votre enfant au CRA et avec votre accord lors du rendez-vous médical de rendu des résultats, nous pourrions également vous proposer de transmettre à l'école des éléments permettant de mettre en place des aménagements apparus comme intéressants pour l'accompagnement scolaire de votre enfant lors du bilan.

Nous vous rappelons que l'ensemble des informations échangées est soumis au secret professionnel.

Merci de bien vouloir nous retourner ce document complété et signé. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

L'équipe du CRA Aquitaine

Enfant (Nom, Prénom) :

Madame, mère de l'enfant Monsieur....., père de l'enfant

☐ acceptent que des contacts soient pris avec les professionnels de l'éducation nationale (école de mon enfant) afin de compléter l'évaluation.

☐ acceptent qu'un retour soit fait à l'école afin de favoriser l'élaboration et la mise en place des aménagements scolaires

Date :

Signatures des représentants légaux :

Secrétariat Pôle Adultes Bordeaux/Agen : Mme LAFFRA
Secrétariat Pôle Adultes Bordeaux/Agen : Mme CHADROU
Secrétariat Pôle Adolescents Bordeaux/Agen : Mme CHADROU
Secrétariat CRA Pôle Enfants Bordeaux/Agen : Mme LACHISE
Secrétariat CRA Antennes Sud : Mme PAUTAL
Secrétariat CRA Antennes Nord : Mme VAAST
Secrétariat Fondamentale : Mme GISPALOU

Centre de Documentation : Mme VIDAL

Département Formation : Mme VAAST
Département Formation DU : Mme VAAST

Site Internet du Centre Ressources Autisme Aquitaine :

poleadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr
poleadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr
poleadosera.aquitaine@ch-perrens.fr
cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennesnord-tfcra@ch-perrens.fr
fondamentalcra@ch-perrens.fr

documentationcra-aquitaine@ch-perrens.fr

formationcra-aquitaine@ch-perrens.fr
formationsuniversitaires-cra@ch-perrens.fr

<http://cra.ch-perrens.fr>

Tél : 05 56 56 67 16
Tél : 05 33 57 80 49
Tél : 05 33 57 80 49
Tél : 05 56 56 67 19
Tél : 05 56 56 67 39
Tél : 05 56 56 31 89
Tél : 05 56 56 35 36

Tél : 05 56 56 67 18

Tél : 05 56 56 31 89
Tel : 05 56 56 31 89



**CENTRE DE RESSOURCES AUTISME
ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT**

- Site central de BORDEAUX -

Centre Hospitalier Charles PERRENS

121, Rue de la BECHADE - CS 81285

33076 BORDEAUX Cedex

Accès : 146 bis rue Léo SAIGNAT - 33000 BORDEAUX



CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE DANS LE CADRE DE LA PRISE VIDEO AU CRA AQUITAINE

Autorisation individuelle à être filmé et exploitation d'image

Afin de procéder à l'évaluation diagnostique du spectre de l'autisme, nous allons filmer de courtes séquences des bilans réalisés au sein du service. Le support sera détruit à la fin du bilan et ne fera pas parti du dossier médical. Ce support ne pourra pas être transmis dans le cadre d'une demande de dossier médical auprès de la Direction des usagers.

POUR UNE PERSONNE MAJEURE :

Je, soussigné/e

Domicilié/e

Tel : _ : _ : _ : _ : _

Mail :@.....

☐ accepte la capture vidéo dans le cadre de son évaluation diagnostique du Trouble du spectre de l'autisme

POUR UNE PERSONNE MINEURE

Enfant (Nom, Prénom) :

Madame....., mère de l'enfant, Monsieur....., père de l'enfant

Ou autre détenteur de l'autorité parentale.....

☐ accepte la capture vidéo dans le cadre de son évaluation diagnostique du Trouble du spectre de l'autisme

POUR UNE PERSONNE SOUS MESURE DE PROTECTION :

Je, soussigné/e

Représentant légal de Mr/Mme.....

☐ accepte la capture vidéo dans le cadre de son évaluation diagnostique du Trouble du spectre de l'autisme

Toute autre exploitation ou utilisation de mon image ou de tout autre attribut de ma personnalité devra faire l'objet d'un nouvel accord.

Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.

Date :

Signatures de la personne majeure / parents 1 et 2 / représentants légaux :

Secrétariat Pôle Adultes Bordeaux/Agen : **Mme LAFFRA**
Secrétariat Pôle Adultes Bordeaux/Agen : **Mme CHADROU**
Secrétariat Pôle Adolescents Bordeaux/Agen : **Mme CHADROU**
Secrétariat CRA Pôle Enfants Bordeaux/Agen : **Mme LACHISE**
Secrétariat CRA Antennes Sud : **Mme PAUTAL**
Secrétariat CRA Antennes Nord : **Mme VAAST**
Secrétariat Fondamentale : **Mme GISPALOU**

poleadultescra-aquitaine@ch-perrens.fr
poleadultescra-aquitaine@ch-perrens.fr
poleadoscra-aquitaine@ch-perrens.fr
cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennesnord-tfcra@ch-perrens.fr
fondamentalcra@ch-perrens.fr

Tél : 05 56 56 **67 16**
Tél : 05 33 57 **80 49**
Tél : 05 33 57 **80 49**
Tél : 05 56 56 **67 19**
Tél : 05 56 56 **67 39**
Tél : 05 56 56 **31 89**
Tél : 05 56 56 **35 36**

Centre de Documentation : **Mme VIDAL**
Département Formation : **Mme VAAST**
Département Formation **DU** : **Mme VAAST**

documentationcra-aquitaine@ch-perrens.fr Tél : 05 56 56 **67 18**
formationcra-aquitaine@ch-perrens.fr Tél : 05 56 56 **31 89**
formationsuniversitaires-cra@ch-perrens.fr Tél : 05 56 56 **31 89**

Site Internet du Centre Ressources Autisme Aquitaine :
Site Internet du Centre Ressources Autisme Aquitaine :

<http://cra.ch-perrens.fr>
<http://cra.ch-perrens.fr>