



**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



AUTORISATION DE BILAN ET DE COMMUNICATION

La demande concerne un ENFANT :

Nous soussigné(s), Madame..... et Monsieur autorisons les professionnels de santé du CRA Aquitaine à communiquer aux différents professionnels les informations concernant mon enfant (NOM Prénom de l'enfant) et à les convier à la synthèse.

Nous soussigné(s), Madame et Monsieur donnons notre accord pour la réalisation du bilan au CRA.

La demande concerne un ADULTE :

Je soussigné(e) (NOM Prénom) en tant que Tuteur / Curateur, de (NOM Prénom du patient), ou en mon propre nom, autorise les professionnels de santé du CRA Aquitaine à communiquer aux différents professionnels les informations concernant le patient ou me concernant et à les convier à la synthèse.

Je soussigné(e) (NOM Prénom) en tant que Tuteur / Curateur de (NOM Prénom du patient) donne mon accord pour la réalisation du bilan au CRA.

Contactez les professionnels suivants (en indiquant le nom et coordonnées des professionnels) :

- Médecin généraliste
- Psychologue
- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Psychiatre
- Autre (préciser)

Convier à la synthèse les professionnels suivants (en indiquant le nom et coordonnées des professionnels) :

- Médecin généraliste
- Psychologue
- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Psychiatre
- Autre (préciser)

Fait à le .././.....

Signatures : Père Mère Tuteur/Curateur Patient

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
[poadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:poleadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr)
[poadadoscra.aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:poleadoscra.aquitaine@ch-perrens.fr)
cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennesnord-ffcra@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 :

documentationcra-aquitaine@ch-perrens.fr

Tél : 05 56 56 67 18

Département Formation : **Mme VAAST**
 Département Formation DU : **Mme VAAST**

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

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

Site Internet du Centre Ressources Autisme Aquitaine :

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



**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 UTILISATION DES VIDÉOS POUR FORMATIONS / SENSIBILISATIONS

Les missions de formation et de diffusion des connaissances du Centre Ressources Autisme Aquitaine, nous amènent régulièrement à participer à la formation des professionnels. Dans ce cadre nous souhaiterions vous demander l'autorisation d'utiliser à titre gracieux, dans une visée pédagogique, les séquences vidéos réalisées lors de votre évaluation, hors usage commercial. Ces courtes séquences peuvent, avec votre accord, être utilisées dans le cadre de sensibilisations, de formations ou d'enseignements (école d'orthophonie, université de psychologie, université de médecine, école de psychomotricien, formation des infirmiers et éducateurs...etc.) en respectant la confidentialité et le cadre légal.

Sur simple opposition écrite de votre part, toutes les séquences vidéos seront détruites définitivement sans condition.

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- o **Diffusion dans le cadre suivant :**
- o **Diffusion à but :** (pédagogique, informatif...)
- **Sur les supports suivants :** (Diffusion audiovisuelle)
- **Sur la zone géographique suivante :**
- **Pendant une durée de :**

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

POUR UNE PERSONNE MAJEURE :

Je, soussigné/e

Domicilié/e

Tel : __ : __ : __ : __ : __

Mail :@.....

accepte la capture vidéo dans le cadre défini ci-au-dessus.

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 défini ci-dessus.

POUR UNE PERSONNE SOUS MESURE DE PROTECTION :

Je, soussigné/e

Représentant légal de Mr/Mme.....

accepte la capture vidéo dans le cadre défini ci-au-dessus.

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
[poleanadoscra.aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:poleadoscra.aquitaine@ch-perrens.fr)
cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr
antennesnord-ffcra@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 :

documentationcra-aquitaine@ch-perrens.fr

Tél : 05 56 56 67 18

Département Formation : **Mme VAAST**
Département Formation DU : **Mme VAAST**

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

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

Site Internet du Centre Ressources Autisme Aquitaine :

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



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

Tél : 05 56 56 **67 18**
Tél : 05 56 56 **31 89**
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>