

# FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE EN VUE D'UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE POUR UNE PERSONNE MINEURE

Je soussigné-e :

Nom et prénom du-de la représentant-e légal-e :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Autorise la personne mineure dont je suis le-la représentant-e légal-e :

Nom et prénom de l'adolescent-e :

Date de naissance :    /    /

À bénéficier d'un accompagnement psychologique assuré par :

Nom de la thérapeute :

Coordonnées :

*Ayoub Lara*



*1 bis Aiguës - 44610 - Aiguës-des-Moutiers*

*E-mail: laraayoub.psy@gmail.com*

*Tel : 07 66 07 96 28*

*Site : lesombresclaires.fr*

Je reconnais avoir été informé-e de la nature, des objectifs et des modalités de l'accompagnement psychologique proposé, et donne mon consentement éclairé pour que la personne mineure dont j'ai la responsabilité bénéficie de ce suivi.

Je comprends que cet accompagnement se déroule en à distance (visioconférence), dans un cadre professionnel, confidentiel et sécurisé, respectueux de l'âge, du rythme et des besoins de la personne dont je suis responsable.

Je suis informé-e que, conformément aux dispositions légales encadrant le secret professionnel, les échanges entre la thérapeute et l'adolescent-e sont protégés, sauf en cas de situation de mise en danger ou de nécessité de protection, où une levée partielle du secret pourra être envisagée.

Je comprends également qu'un contact avec moi pourra être établi soit dans ces situations exceptionnelles, soit à la demande explicite de l'adolescent-e, s'il-elle souhaite que je sois associé-e à une étape de son accompagnement.

Fait à :

Le :    /    /

Signature du-de la représentant-e légal-e :

*précédée de la mention « lu et approuvé »*



*Les Ombres Claires*

Lara Ayoub EI — SIRET 93361918100011

Contact : laraayoub.psy@gmail.com | Tél : 07 66 07 96 28