

DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE RDV AU CERTA

Je soussigné.e, M/Mme _____ responsable l'égal de l'enfant _____, je suis informée que dans le cadre de ma démarche auprès du Centre de Référence des Troubles d'Apprentissage (CERTA)

1/ L'équipe médicale et paramédicale peut avoir besoin de **communiquer directement avec le médecin scolaire et/ ou le psychologue de l'Éducation nationale** de l'établissement scolaire de mon enfant :

J'autorise Je n'autorise pas

Dans le cas où vous autorisez la communication, merci de nous donner les coordonnées utiles ci-dessous dans la mesure du possible :

Coordonnées du médecin scolaire	
Nom :	Prénom :
☎Téléphone :	@Mail :
Cordonnées du Psychologue de l'Éducation nationale	
Nom :	Prénom :
☎Téléphone :	@Mail :
Cordonnées de l'école	
Nom :	☎Téléphone :
@Mail :	

2/ Après étude du dossier de mon enfant, si ma demande ne relève pas du CERTA mais d'une **autre structure identifiée** (NeuroDys PACA, CERTLA d'une autre région, SMR Pédiatrique Val Pré Vert), le dossier de mon enfant peut être directement transféré à cette structure :

J'autorise Je n'autorise pas

Fait à.....

Le...../...../.....

Signature du ou des parents