

## Déclaration de consentement pour mineur

**Veillez imprimer ce document, le remplir et l'apporter lors de la prochaine séance.**

J'ai lu la brochure de bienvenue ou j'ai été informé(e) verbalement de son contenu, y compris des tarifs (<https://www.faresa.be/fr/bien-etre-mental#tarifs>). Le contenu de cette brochure est clair et je l'accepte.

Le médecin traitant/référent (\*) du mineur \_\_\_\_\_ (indiquer le nom du médecin traitant/référent), résidant à \_\_\_\_\_ (indiquer le lieu de résidence du médecin traitant/référent) peut/ne peut pas (\*) être informé(e) des conseils/diagnostics (\*) de \_\_\_\_\_ (indiquer le nom du mineur) à Faresa.

J'autorise/je n'autorise pas (\*) l'enregistrement audio des séances.

(\*) Supprimer ce qui ne convient pas.

### **Consentement d'un parent :**

Prénom et nom :

Date :

Signature :

### **Si le mineur est âgé de 12 ans ou plus : Consentement du jeune**

Prénom et nom :

Date :

Signature :

SI LES PARENTS SONT DIVORCÉS, VEUILLEZ FAIRE REMPLIR LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CI-DESSOUS PAR L'AUTRE PARENT ET L'APPORTER À LA PROCHAINE SESSION, S'IL VOUS PLAÎT.

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ (nom à remplir) titulaire de l'autorité parentale sur \_\_\_\_\_ (nom du mineur à remplir), né(e) le \_\_\_\_\_ (date de naissance du mineur à remplir) donne mon consentement pour l'accompagnement/le diagnostic (rayer la mention inutile) de celui-ci/celle-ci par un psychologue de Faresa..

Signature :

Date :