



## **Autorisation parentale de transmission et de partage de films de mon enfant mineur dans le cadre d'une surveillance autour des mouvements généraux**

### **1/ Finalités envisagées :**

La réalisation de films (à minima 3, dans des conditions précisées sur un document annexe joint) de la motricité spontanée de votre enfant peut contribuer à son suivi, à un dépistage précoce d'un écart relevé dans son développement et si nécessaire une prise en charge précoce.

Ces films seront transmis au réseau DeveniRP2S par vos soins sur sa boîte mail ; ils seront stockés et partagés sur un espace sécurisé NUAGE du dossier partagé régional Mon Sisra ; puis ils seront visionnés par plusieurs professionnels formés aux mouvements généraux présents lors d'une réunion ; un retour de conclusions vous sera transmis dans les 15 jours par un professionnel.

Une fois cette réunion terminée, ces films seront supprimés définitivement de cet espace sécurisé. Mais nous vous conseillons de les conserver le plus longtemps possible de votre côté pour leur intérêt dans le suivi de votre enfant.

### **2/ Autorisation parentale :**

Nous, soussignés, : *(Noms, Prénoms)* .....

Joignables par le(s) adresse(s) mail(s) suivant(s) : .....

Et par le(s) téléphone(s) suivant(s) : .....

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de : *(Nom et prénom de l'enfant)*

..... né(e) le .....

Autorisons la transmission de la captation l'image /de la voix de mon enfant via le mode choisi par nous-même à l'adresse mail suivante [devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr](mailto:devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr), son stockage sur l'espace sécurisé Nuage du dossier régional partagé et le visionnage par des professionnels formés et adhérents au réseau.

La suppression de ces films sera effective une fois la réunion et le retour des conclusions terminés.

Fait à .....

Le .....

Signatures des deux représentants légaux :