

Madame, Monsieur,

Vous venez d'obtenir un premier rendez-vous avec une neuropsychologue de CORIDYS VAR. Merci de lire attentivement et de **compléter ces deux pages à renvoyer par mail avant votre premier rendez-vous.**

Comment nous avez-vous connus ?

- Par le bouche-à-oreille
- Par Internet
- Par un professionnel (préciser profession et nom) : .....
- Autres (préciser) : .....

### IMPORTANT : Pour le premier entretien, merci de vous munir de:

- ce livret d'accueil complété et signé (OBLIGATOIRE),
- bilans ou compte-rendu de suivi écrits dont vous disposez (demandez aux différents intervenants médicaux et paramédicaux, enseignants, autour de l'enfant s'ils souhaitent nous rédiger un courrier expliquant les points forts et points faibles, selon leur angle de vue),
- tout autre document qui vous semble représenter les difficultés en vie quotidienne (classeur, cahier, agenda, dessin),
- N'hésitez-pas à noter à l'avance tout ce qui vous semble important.

### Parents

**Situation familiale :** Foyer unique – Famille monoparentale – Famille recomposée – Famille d'accueil

<b>Père</b>	<b>Mère</b>
Nom de famille : .....	Nom (si différent) : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Mail : .....	Mail : .....
Tél : .....	Tél : .....

### Frères et sœurs


Nombre d'enfants : ..... Place de l'enfant dans la fratrie : .....

### Enfant concerné


Nom (si différent) : .....	Ecole / Classe fréquentées : .....
Prénom : .....	Redoublement : OUI / NON
Date de naissance : .....	Si oui, classe(s) redoublée(s) : .....

### Autorisation parentale **OBLIGATOIRE**

PERE : Je, soussigné(e) Mme, M..... détenteur de l'autorité parentale, autorise les professionnels de l'association Coridys à effectuer un entretien / un bilan / un suivi auprès de mon fils / ma fille .....

Date : ..... Signature : 

MERE : Je, soussigné(e) Mme, M..... détenteur de l'autorité parentale, autorise les professionnels de l'association Coridys à effectuer un entretien / un bilan / un suivi auprès de mon fils / ma fille .....

Date : ..... Signature : 

Parent décédé ou déchu de l'autorité parentale (demandez à remplir l'Attestation Parentale.)

**L'autorisation parentale doit être signée impérativement avant la première partie du bilan sous risque d'annulation de RDV !**

NB : Les comptes rendus seront remis aux parents et une copie sera conservée par l'association CORIDYS

Les renseignements contenus dans le présent livret faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège. Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales.

En quelques mots, quelles sont les difficultés rencontrées à l'école ?

.....  
.....  
.....

En quelques mots, quelles sont les difficultés rencontrées au quotidien ?

.....  
.....  
.....

Je souhaite donner des informations au psychologue sans la présence de mon enfant : OUI / NON

Suite à de nombreux impayés, les règlements seront demandés à l'avance. Tout rendez-vous non annulé 48h à l'avance, sauf sur justificatif médical, sera facturé. **Au bout de 3 rendez-vous non-honorés et non prévenus, nous serons dans l'obligation d'annuler tous les rendez-vous.**

Mention « lu et approuvé », suivi de la date et signature



### Films et photographies à CORIDYS

Les différents services proposés à Coridys pourront nécessiter photos ou films de la personne.

#### Autorisation

Je soussigné ....., responsable légal de l'enfant ....., autorise l'enregistrement de l'image de ce dernier effectué en vidéoscopie ou photographie dans le cadre des bilans ou suivis réalisés à CORIDYS ainsi que l'usage de cet enregistrement aux conditions suivantes. Les enregistrements et les images ainsi produits pourront être conservés sans limitation de durée, et utilisés sur tous supports (magnétique, électronique, papier, ...).

**Dans tous les cas, nous vous assurons l'anonymat des vidéos et photos (visages floutés, noms enlevés).**

Elles seront ensuite **strictement réservées** : (Rayer les usages non autorisés)

- A l'accompagnement thérapeutique de mon enfant ;
- Aux formations que peut donner CORIDYS ;
- Aux communications dans des groupes de recherche ;
- A la publication dans des revues ou autres media spécialisés dans les recherches sur l'éducation et la formation.

Ces vidéos pourront m'être remises (à l'exception des phases de tests) à condition que je fournisse une clé USB à l'association.

Mention « lu et approuvé », suivi de la date et de la signature



### Politique de confidentialité de l'association « Coridys Var »

J'accepte les conditions de confidentialité qui m'ont été envoyées par mail (cf. document « **Politique de confidentialité de l'association Coridys Var** »). J'autorise les psychologues de Coridys Var à communiquer et échanger avec des professionnels de santé, des informations cliniques dans le cadre de la compréhension de la situation de mon enfant et de sa prise en charge.

Mention « lu et approuvé », suivi de la date et de la signature



### Bulletin d'adhésion à CORIDYS Var



Je désire adhérer ou faire un don à l'association.

Je joins un chèque à l'ordre de CORIDYS VAR et je l'adresse à :

**CORIDYS VAR – Parc Athéna – Espace Athéna Bâtiment D – 83190 OLLIOULES**

30 € pour membres actifs     50 € pour membres bienfaiteurs     Don de :.....€

Nom Prénom du responsable légal : .....

Nom Prénom de l'enfant : .....

Adresse : .....

CP + Ville : ..... Profession : .....

E-mail (lisible): ..... Téléphone : .....

Je ne souhaite pas recevoir la lettre d'information bimestrielle de CORIDYS envoyée par mail

Affilié CPAM     Affilié MSA

Date .....

Signature :

