

**IME « La Garenne »**

## Autorisation de transmission d'information d'ordre thérapeutique

Je soussigné(e)s NOM :

Prénom :

Adresse du domicile :

### Parents, Père, Mère, tuteur de l'enfant

*(Rayer les mentions inutiles)*

Nom – Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Actuellement à l'Institut Médico Educatif « La Garenne » sis à SAINT GERMAIN DU CORBEIS B.P. 905 61051 – ALENCON CEDEX,

Déclare(nt) par la présente autoriser les professionnels du secteur thérapeutique (orthophoniste, psychologue, psychomotricien) de l'institut médico-éducatif « la garenne » à prendre contact avec l'ensemble des intervenants extérieurs nécessaires (médicaux et paramédicaux). Cela permettra d'effectuer une anamnèse (suivis antérieurs + atouts et difficultés du jeune), transmettre des informations et demandes complémentaires aux spécialistes concernés pour définir un projet d'accompagnement adapté.

Fait à

Le,

Signature,

(Lu et Approuvé)

**Merci de bien vouloir préciser, ci-dessous, les accompagnements antérieurs**

ORTHOPHONISTE	PSYCHOMOTRICIEN	PSYCHOLOGUE	AUTRES ORGANISMES
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> CMPR <input type="checkbox"/> CAMPS <input type="checkbox"/> SESSAD <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> AUTRES ..... ..... .....
Si oui, Nom du professionnel : ..... Date : .....	Si oui, Nom du professionnel : ..... Date : .....	Si oui, Nom du professionnel : ..... Date : .....	