



Accord des responsables légaux pour le suivi psychothérapeutique d'un(e) adolescent(e)

Nom et prénom de l'adolescent(e) :

Date de naissance :

Nom et prénom du/des parent(s) ou responsable(s) légal(aux) :

Madame _____ Adresse : Téléphone : Mail :	Monsieur _____ Adresse : Téléphone : Mail :
--	--

Ce document formalise l'**accord parental** pour le **suiti psychothérapeutique** de l'adolescent(e) mentionné (e) ci-dessus, assuré par :

Nom de la praticienne : Muriel BOZON

Titre professionnel : Praticienne en psychothérapies/ Conseil en orientation

Mail : contact@murielbozon.fr

Tel : 07 60 31 09 08

Cadre du suivi

Le 1er entretien de recueil d'informations est plus long (1h/ 1h15) et la praticienne prend des notes (ensuite dans le cadre du suivi, elle n'en prend plus). Les parents seront également reçus et écoutés en début d'entretien.

Cette **collecte d'informations** concernant la vie, la famille, l'école, le travail, la santé, les hobbies, ... de l'adolescent(e)

- permet de **contextualiser les difficultés, choix, ressentis, etc.** ... et **mieux les comprendre**
- de **ne pas passer à côté d'informations capitales** (signes cliniques qui mériteraient un rendez-vous médical)
- **permet de travailler efficacement** ensuite pour **trouver des leviers** pour **mieux accompagner** l'adolescent(e)

En fait c'est **le matériau de travail** pour les séances suivantes. En effet, c'est un **travail collaboratif** que la praticienne et l'adolescent(e) **mènent à 2**.

Les **séances de suivi durent 50mn environ**, elles auront lieu à une fréquence définie conjointement avec la praticienne. Elles visent un accompagnement psychothérapeutique respectueux de la personne du mineur, de sa confidentialité, et de son rythme.

La praticienne peut **utiliser des questionnaires d'auto-évaluation du ressenti émotionnel** (échelles d'anxiété, de phobie, de stress, etc.) dans le cadre d'un **accompagnement psychothérapeutique non médical** pour observer la perception subjective d'un état émotionnel à un moment donné. **Ce n'est en aucun cas un diagnostic médical**. Ces tests sont justes des outils cliniques qualitatifs ou de soutien à l'entretien, sans valeur psychométrique standardisée au sens du psychologue agréé.

Confidentialité

Conformément à l'éthique professionnelle, les échanges entre l'adolescent(e) et la praticienne restent **confidentiels**, sauf en cas de **risque grave pour sa sécurité ou celle d'autrui**, où la praticienne pourrait être amenée à partager certaines informations avec les responsables légaux ou les autorités compétentes.

Consentement parental

Les parents ou détenteurs de l'autorité parentale reconnaissent :

- avoir été informés des objectifs, du cadre et des modalités de la prise en charge,
- autoriser la praticienne à recevoir seul(e) leur enfant dans le cadre de séances de psychothérapie,
- être informés qu'ils peuvent à tout moment demander un échange avec la praticienne sur le suivi global,
- accepter que le mineur puisse être entendu individuellement avec le respect de sa parole et de sa confidentialité.

Signatures

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Signature du père ou responsable légal :

Signature de la mère ou responsable légale :

Signature de la praticienne :