



## Demande de présentation cas clinique APIS'

Nom(s) et prénom(s) professionnel(s) de santé faisant la demande :

Profession(s) :

Consentement parental à la présentation du cas clinique ?

- Oui  
 Non

Date de naissance de l'enfant :

Y a-t-il un diagnostic médical posé ?

Si oui, lequel ?

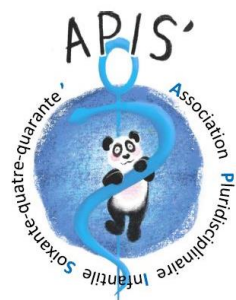
Problématique de prise en soins :

Prise en charge actuelle :

Equipe pluridisciplinaire souhaitée pour la présentation (profession):

Date :

Signature :



## Formulaire de consentement à l'utilisation de photographies et de vidéos médicales

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et prénom du représentant de l'autorité parentale :

Coordonnées :

Cette autorisation accorde la permission d'utiliser l'image (statique ou en mouvement) sans rémunération d'aucune des parties, de votre enfant et/ou de ses/vos paroles à des fins éducatives.

En signant le document ci-après, vous autorisez :

*Merci de cocher ci-dessous les autorisations que vous accordez :*

- L'enregistrement de l'image et de la voix de votre enfant (photographies, enregistrement audio ou vidéo).
- La diffusion de l'image et de la voix de votre enfant dans le cadre privé de formation ou d'évaluation professionnelle à destination des professionnels de santé
- La diffusion de l'image et de la voix de votre enfant sans que son identité puisse être reconnue (visage flouté) sur internet (mail ou groupe privé sur réseau social à destination des professionnels de santé) à des fins éducatives

Nature de l'image et/ou des paroles à enregistrer :

But de l'enregistrement de l'image et/ou des paroles :

Auditoire ciblé :

Restrictions et limitations s'il y a lieu :

Je reconnais avoir lu et compris l'intention et le but de ce document et j'y appose ma signature sans réserve.

Date :

Nom :

Signature :