



L'attachement en pratique  
Communauté de co-développement  
B-families SARL  
13 rue d'Ethe  
L-1478 Luxembourg



### Autorisation

Je soussigné \_\_\_\_\_, en tant que personne qui a filmé la dyade \_\_\_\_\_ (utiliser le pseudonyme ou le numéro de dyade affiché sur la vidéo elle-même), confirme que le sujet a donné son consentement pour la distribution de la bande vidéo à des fins de formation des professionnels. De plus, je comprends qu'il sera utilisé pour évaluer correctement ma compétence à réaliser des vidéos pour la clinique et à utiliser l'Échelle Alarme Détresse Bébé et que cette vidéo pourra être sélectionnée pour être incluse sur une vidéo ou un DVD ou une plateforme e-learning de démonstration ou pour créer un test de certification qui sera montré aux participants de ce cours ou de ce test et je donne ma permission pour cette utilisation.

\_\_\_\_\_

Nom du participant

\_\_\_\_\_

date

Écrire une description brève de la première image de la vidéo telle qu'elle apparaît à l'écran :

\_\_\_\_\_

1. Âge de l'enfant ? \_\_\_\_\_ Genre? Garçon/fille      Ordre de naissance? \_\_\_\_\_

2. Complication de naissance ? \_\_\_\_\_

3. Handicap ou diagnostic connu ? \_\_\_\_\_

4 Traitement en santé mentale précédent (pour la mère, l'enfant la famille, le père, la fratrie, etc.)?  
Jamais / dans le passé / actuellement

5. L'enfant fait-il l'objet d'une mesure de protection ? oui/non

Si oui, pour quelle raison ? \_\_\_\_\_

Si non : dans quel cadre est effectuée l'évaluation ? \_\_\_\_\_

Décrivez brièvement la situation (éviter tout détail permettant l'identification)

Signature.