



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.