



AUTORISATION D'INTERVENTION

Si la personne concernée par la demande est majeure, ce document est à compléter par :

- Le représentant légal dans le cas d'un majeur protégé (joindre une copie du jugement protection juridique (tutelle, curatelle...))
- La personne elle-même s'il n'y a pas de mesure de protection juridique

Si la personne concernée par la demande est mineure, ce document est à compléter par la ou les personnes détentrice(s) de l'autorité parentale (les deux parents en cas d'autorité conjointe)

Je (nous) soussigné(e-s)

représentant(s) légal(aux) de
autorise(ons) l'Équipe Mobile d'Intervention pour Adultes autistes (EMIA) du Finistère à élaborer un projet d'intervention visant la diminution du/des comportement(s)-problème(s) identifiés.

Dans ce cadre, l'EMIA 29 est autorisée à :

- Intervenir auprès de la personne concernée,
- Consulter les données institutionnelles,
- Consulter les données médicales et à échanger avec les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne
- Réaliser des enregistrements audio et/ou vidéo : dans le cadre des bilans et évaluations, ces enregistrements peuvent être nécessaires à l'analyse de la situation.

Ces données ou documents constituent des éléments d'accompagnement par l'EMIA 29. À ce titre, ils sont confidentiels et ne seront en aucun cas diffusés.

Fait à :

Le :

NOM(S) Prénom(s) :

Signature(s) :