

**Formulaire d’autorisation**

**d’observation et d’enregistrement audiovisuel**

**REPRESENTANT LEGAL :** (NOM Prénom)

**de l’enfant** : (NOM Prénom)

* **Visite(s) d’observation(s )sur le temps scolaire :**

S’agissant d’observation(s) de votre enfant en milieu scolaire, vous autorisez pour l’année

scolaire en cours, le professeur ressource aux Troubles du Spectre de l’Autisme à suivre votre

enfant pour mieux accompagner son (ses) enseignant(e)(s).

* J’autorise le professeur ressource aux Troubles du Spectre de l’Autisme à observer mon

enfant sur le temps scolaire.

[ ]  Oui

[ ]  Non

* **Enregistrement(s) audiovisuel(s) sur le temps scolaire :**

S'agissant d’enregistrement(s) audiovisuel(s) non destiné(s) à la diffusion, vous autorisez le

professeur ressources au Troubles du Spectre de l’Autisme à enregistrer votre enfant dans le

cadre d’accompagnement(s) de son (ses) enseignant(e)(s).

* J’autorise le professeur ressources au Troubles du Spectre de l’Autisme à faire un (des)

enregistrement(s) audiovisuel(s) de mon enfant sur le temps scolaire. \*

[ ]  Oui

[ ]  Non

Date :

Signature du représentant légal :