

	ENREGISTREMENT	Code : PEC_DPA ENR 10 Version : 2
	AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE, D'ECHANGE ET DE PARTAGE D'INFORMATION SUR UN MINEUR POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	Page : 1 de 2 Créé le : 12/07/2021 Modifié le : 05/06/2025 Applicable le : 10/06/2025

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires, l'accord des détenteurs de l'autorité parentale est sollicité pour la prise en charge d'une personne mineure au sein d'un établissement de santé mentale.

Je soussigné(e) :

<input type="checkbox"/> PARENT 1 (joindre une pièce d'identité) NOM : Prénom(s) : Date et lieu de naissance : Adresse : Téléphone :	<input type="checkbox"/> PARENT 2 (joindre une pièce d'identité) NOM : Prénom(s) : Date et lieu de naissance : Adresse : Téléphone :
En cas de séparation, fournir l'ordonnance du juge des affaires familiales.	
<input type="checkbox"/> LE DELEGATAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE / LE TUTEUR (joindre la décision de délégation/de tutelle)	
NOM : Prénom(s) : Date et lieu de naissance : Adresse : Téléphone :	NOM de la structure : NOM de son représentant : Adresse : Téléphone :

Donne l'autorisation pour l'intervention de l'Equipe de l'unité du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (préciser le nom de l'unité) : auprès de :

IDENTITE DU MINEUR
NOM Prénom(s)
Né(e) le à

PARTAGE D'INFORMATIONS MEDICALES AUX PROFESSIONNELS

MEMBRES DE L'EQUIPE DE SOINS⁽¹⁾ :

Dans le cadre de la prise en charge par l'Equipe du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, je suis informé(e) que les professionnels de l'Equipe de soins peuvent partager entre eux des informations nécessaires à la prise en charge de mon enfant, ou du mineur susnommé.

Je suis informé(e) que je bénéficie du droit de m'opposer à l'échange d'informations à tout moment de la prise en charge.

PARTAGE D'INFORMATIONS MEDICALES AUX PROFESSIONNELS

NON MEMBRES DE L'EQUIPE DE SOINS⁽¹⁾ :

Dans le cadre de la prise en charge par l'Equipe du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, je suis informé(e) que les professionnels de l'Equipe de soins peuvent partager des informations nécessaires à la prise en charge de mon enfant, ou du mineur susnommé avec des professionnels de santé non membres de l'équipe de soins listés ci-après :

<ul style="list-style-type: none"> · Médecins · Psychiatres · Chirurgiens-dentistes, assistants dentaires · Sages-femmes · Pharmaciens, préparateurs en pharmacie · Infirmiers · Masseurs-kinésithérapeutes · Pédicures-podologues · Ergothérapeutes · Orthophonistes · Psychomotriciens 	<ul style="list-style-type: none"> · Orthoptistes · Manipulateurs d'électroradiologie médicale · Audioprothésistes · Opticiens-lunetiers · Prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées · Diététiciens · Aides-soignants · Auxiliaires de puériculture · Ambulanciers
---	---

**PARTAGE D'INFORMATIONS NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE AUX
PROFESSIONNELS NON MEMBRES DE L'EQUIPE DE SOINS ⁽¹⁾ :**

Par ailleurs, je certifie autoriser l'Equipe de soins à partager des informations nécessaires à la prise en charge de mon enfant, ou du mineur susnommé (concernant le déroulement de sa prise en charge, le traitement, et le suivi en fin de prise en charge), avec les professionnels non membres de l'équipe de soins listés ci-après (article R 1110-2 2° du Code de Santé Publique) :

<ul style="list-style-type: none"> · Assistants de service social · Ostéopathes · Chiropracteurs · Psychologues · Psychothérapeutes · Aides médico-psychologiques · Accompagnants éducatifs et sociaux · Assistants maternels et assistants familiaux · Educateurs et aides familiaux · Personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs lors de vacances scolaires, de congés professionnels ou de loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> · Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées · Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil · Autres (préciser nom-prénom-fonction) :
--	--

Je suis informé(e) que je bénéficie du droit de m'opposer à l'échange d'informations à tout moment de la prise en charge.

Les signataires de ce document certifient et attestent que l'autorité parentale du parent 1 ou du parent 2 n'a pas été limitée ou déchue par une décision judiciaire.

Fait le à

Signature du Parent 1	Signature du Parent 2	Signature du délégataire de l'autorité parentale
-----------------------	-----------------------	--

1. Article L 1110-4 du Code de la Santé Publique : « II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. (...)

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »