

## Formulaire de consentement pour enregistrement audio/vidéo

- pour usager/patient
- pour enfant\*
- pour collaborateur/étudiant
- pour professionnel

Date : .....

Par la présente, je soussigné(e) .....  
(Nom et prénom du parent), mère/père (soulignez ce qui convient) de :

**Prénom et nom** (de l'enfant): .....

autorise ..... (nom-s et prénom-s des étudiants concernés) à réaliser un enregistrement vidéo/audio de mon enfant dans le cadre de la réalisation de leur travail de Master en Psychomotricité (HETS-Genève, HES-SO, sous la responsabilité de leur-s enseignant-e-s responsable-s .....  
(nom et prénom de l'enseignant responsable).

- Je souhaite que les enregistrements ne soient utilisés qu'à des fins d'analyse et de formation dans le cadre du présent travail de Master en Psychomotricité.
- J'accepte que les enregistrements soient utilisés pour être présentés lors de la soutenance ou à des fins didactiques (enseignements auprès d'autres professionnels).

Je confirme par ailleurs que:

- j'ai été informé(e) à propos de l'objectif de l'enregistrement et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires
- j'ai obtenu la garantie que cet enregistrement ne sera utilisé que dans le cadre précédemment mentionné et que l'anonymat sera entièrement préservé
- j'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à la portée de la diffusion en tant que matériel didactique des enregistrements avant de prendre ma décision

Remarques : .....

Signature du parent (ou représentant légal) : .....

Signature de l'enfant (dès 8 ans) : .....

**Contact du parent/représentant légal** (N° téléphone/e-mail/adresse):

.....  
.....  
.....