

Vous nous avez fait part de votre souhait d'intégrer le SESSAD-ISP, conformément à votre notification MDPH, pour vous accompagner dans la réalisation de votre projet d'insertion sociale et professionnelle.

Cet accompagnement a pour objectif de définir des axes de travail qui s'inscrivent en cohérence avec vos attentes, vos besoins, vos capacités et votre parcours scolaire, éducatif et soignant.

En ce sens, l'équipe pluridisciplinaire du SESSAD-ISP peut être amenée à prendre contact avec vos précédents référents éducatifs et soignants pour demander à consulter les derniers projets d'accompagnement personnalisés vous concernant et/ou les derniers bilans effectués par des soignants (orthophoniste, psychomotricienne, psychologue, ...).

Conformément au respect de votre droit à la confidentialité des informations¹, nous avons besoin de votre accord pour engager ces démarches.

Je soussigné(e) _____

Mère, père, usager majeur ou représentant légal de² _____

Autorise le SESSAD-ISP de l'ABSA 86 à prendre contact et à demander toutes informations utiles à l'accompagnement de l'usager nommé ci-dessus et lors des précédentes équipes éducatives et soignantes.

Le SESSAD-ISP peut contacter les personnes ou établissements suivants :

Nom de l'élèves	Nom de la personne	Fonction	Téléphone	Mail

Fait à _____, le _____

Signatures :

1 – Le droit à la confidentialité des informations repose sur le respect du droit à la vie privée tel que protégé par l'article 8 de la Convention Européenne des droits de l'homme, l'article 9 du Code Civil, et le Règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel (RGPD)

2 – rayer la mention inutile