

**RECUEIL DE CONSENTEMENT DES REPRESENTANTS LEGAUX**  
**EQUIPE MOBILE D'APPUI MEDICO SOCIAL A LA SCOLARISATION**  
**DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP DE LA HAUTE-MARNE**

*Ce document est à joindre impérativement à la fiche de saisine. Dans le cas échéant, la demande d'intervention ne pourra être prise en compte.*

*Le principe de partage d'informations est reconnu par les professionnels comme étant un aspect incontournable de leur travail: sa pratique sert à l'amélioration des interventions de l'EMAS en soutenant la pertinence, la coordination et la cohérence des pistes de travail et de réflexion apportées.*

Je soussigné(e) Mr/Mme....., représentant(e) légal(e)  
de l'enfant..... né(e) le .... / ..... / .....  
à ..... autorise (nom de l'organisme demandeur : nom de l'école ou de  
l'établissement médico-social à l'origine de la saisine de l'EMAS)  
..... à saisir l'EMAS 52.

Le(s) représentant(s) légal(aux)  autorise(nt) le partage d'informations concernant l'enfant  
aux éventuels partenaires à des fins d'amélioration de  
l'intervention de l'EMAS 52.  
 n'autorise(nt) pas le partage d'informations concernant  
l'enfant.

A....., le..... / ..... / .....

Signature :