

Autorisation de levée du secret professionnel

Centre SIBUZ (Centre de conseil et de soutien en matière de psychologie éducative et de pédagogie inclusive) de l'arrondissement _____

Informations relatives à l'élève/l'enfant

Nom	Prénom	né(e) le
École / Garderie		Niveau / Classe

- En tant qu'enfant majeur, je libère les personnes suivantes de leur obligation de secret professionnel :
- En tant que personne(s) qui exerce/exerçons l'autorité parentale sur l'enfant mentionné ci-dessus, je/nous, soussigné(s) :

Nom, prénom

Nom, prénom

libère/libérons les personnes suivantes, responsables de mon / notre enfant, de leur obligation de secret professionnel :

- Pédagogue du SIBUZ

Pédagogue d'un autre SIBUZ¹

Nom

N° de téléphone

- Psychologue scolaire du SIBUZ

Nom

N° de téléphone

- Membre de l'équipe pédagogique de l'école
(Professeur principal, assistant social, Éducateur, etc.)

Nom

N° de téléphone

École

N° de téléphone

- Employé du *Jugendamt* (service d'aide sociale à l'enfance)

Nom de l'employé

N° de téléphone

Jugendamt compétent

N° de téléphone

Nom de l'employé²

N° de téléphone

- Employé de la garderie

Nom

N° de téléphone

- Autres personnes/institutions :

¹ En cas de transfert dans un autre arrondissement (dans un établissement spécialisé suprarégional, par exemple)

² Si vous ne connaissez pas (encore) le nom de l'employé compétent du *Jugendamt*, veuillez indiquer le nom d'un domaine, afin que des actions de limitation puissent être effectuées dans le centre spécialisé (pour une demande d'ILT (thérapie intégrative d'apprentissage), par exemple).

Institution	Nom	N° de téléphone
Institution	Nom	N° de téléphone
Institution	Nom	N° de téléphone
Institution	Nom	N° de téléphone

J'autorise les personnes mentionnées ci-dessus, dans la limite de certaines restrictions (le cas échéant), à échanger des informations utiles au diagnostic, au suivi et au soutien de l'enfant au sein du SIBUZ/avec le SIBUZ. J'ai été informé des avantages et inconvénients liées à une autorisation de levée du secret professionnel. Je déclare avoir eu suffisamment de temps pour réfléchir et j'atteste prendre cette décision de mon plein gré.

Je souhaite restreindre mon autorisation à lever le secret professionnel :

non oui, je souhaite la restreindre de la manière suivante :

Je suis / Nous sommes informé(s) que je peux/nous pouvons à tout moment, totalement ou partiellement, révoquer avec effet pour l'avenir la présente déclaration d'autorisation à lever le secret professionnel. Mon / Notre révocation de cette déclaration me/nous permet d'interrompre le traitement des données à caractère personnel concernées par la révocation aux fins auxquelles elles sont traitées, tant que mon/notre consentement constitue l'unique fondement juridique sur lequel repose ledit traitement³.

Je suis / Nous sommes également informé(s) que j'ai/nous avons le droit d'obtenir des renseignements sur les informations traitées et les résultats des examens.

³ Les instructions de l'école au SIBUZ, en vertu de l'article 107 de la loi scolaire (*Schulgesetz*), ainsi que les obligations de communication en cas de mise en danger de soi ou d'autrui constituent des exemples d'autres fondements juridiques.

Informations relatives à l'autorisation de levée du secret professionnel

Bien que l'autorisation de levée du secret professionnel puisse contribuer à l'amélioration du conseil et de son efficacité, il ne s'agit en aucun cas d'une condition préalable. Il est également possible d'être conseillé même sans signer d'autorisation de levée du secret professionnel.

L'autorisation de levée du secret professionnel permet l'échange d'informations entre les différents spécialistes en pédagogie, psychologie et médecine. Elle a pour objectif d'assurer un diagnostic, un suivi et un soutien de façon optimale.

L'autorisation de levée du secret professionnel s'applique à l'ensemble des renseignements et données à caractère personnel importants dans le cadre du conseil et du diagnostic (prises de contact, informations relatives aux antécédents, résultats des tests et observations de diagnostic, etc.). Elle s'étend en outre aux données sensibles, comme celles relatives à l'état de santé, l'origine ethnique, la religion et l'orientation sexuelle, (article 9 du règlement général sur la protection des données), tant que celles-ci servent à l'activité de conseil.

Les psychologues, médecins, assistants sociaux ainsi que les agents de la fonction publique sont soumis à des exigences spécifiques du secret professionnel (conformément à l'article 203 du .Code pénal allemand).

Si des enfants ou des adolescents souhaitent signer une autorisation de levée du secret professionnel, ils doivent passer par la ou les personnes qui exercent sur eux une autorité parentale. Lorsque les deux parents détiennent l'autorité parentale, ils doivent tous les deux donner leur consentement. Si l'enfant est majeur, il peut accorder son autorisation lui-même.

Signature de l'enfant majeur ou de la personne qui détient l'autorité parentale :

_____	_____	_____
Ville, date	Nom (en majuscules)	Signature
_____	_____	_____
Ville, date	Nom (en majuscules)	Signature

Das unterschriebene Formular ist **immer zusammen** mit der dt. Version der Erklärung in der Akte abzuheften.