



**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE  
L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI MÉDICO-  
SOCIAL  
A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A  
BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS  
(EMAS)**

Je (nous) soussigné(e)s \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) (parent(s), tuteur, mandataire ou curateur dans le cas  
des mineurs inaptes etc) de l'enfant \_\_\_\_\_

Consent(ons) librement et autorise(ons) l'EMAS, dont j'ai été clairement informé(e)s des missions,  
à intervenir dans le cadre de ses actions auprès de la communauté éducative afin de faciliter la  
scolarisation de l'enfant susnommé et de prévenir d'éventuels risques de rupture de son parcours  
scolaire sur une durée de 3 mois, renouvelables 1 fois.

*En application du RGPD et de la loi Informatique et Libertés, je suis informé que des données à caractère personnel  
me concernant seront collectées et traitées. Leur traitement aura pour finalité de faciliter la mise en œuvre de  
l'appui de l'EMAS. Vous disposez d'un droit d'accès au traitement pour lequel ces données sont collectées ainsi  
que, le cas échéant, des droits complémentaires.*

Fait pour valoir ce que de droit.

Fait le \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_

Signature du(es) représentant(s) légal(aux) :