

Charte accompagnement enfants - adolescents

1. Toute séance d'Hypnose Ericksonienne et plus largement de thérapie brève ne se substituent en aucun cas à un avis et suivi médical.
2. Les parents, ou le représentant légal m'autorisent à travailler à l'aide de cartes, de jeux, de dessins avec l'enfant mineur.
3. Les parents ou le représentant l'égal s'engagent à mettre en place les actions et exercices proposés pour avancer et faire évoluer l'enfant entre les séances.
4. Un délai nécessaire de 40 jours devra espacer les séances, le temps que le travail agisse à un niveau inconscient.
5. Je m'engage à utiliser le maximum de techniques pour tendre au mieux être de l'enfant.
6. Suite à la séance, il se peut que le trouble de départ s'amplifie pour mieux se résorber dans les semaines qui suivent la séance. Ce phénomène n'est pas systématique mais peut se produire, et, est tout à fait normal. Les émotions et les comportements se régulent dans le temps.
7. je me laisse la possibilité d'interrompre la séance à tout moment si je sens que l'enfant n'est pas enclin à la séance ou s'il ne se sent pas bien lors de ce moment partagé.
8. Les parents ou le représentant légal sont libres de me joindre après la séance pour toute question relative à la séance de son enfant.
9. Je ne fais pas de compte rendu écrit ni oral aux parents, laissant l'enfant libre de parler du contenu de sa séance ou non. Je communiquerai bien sûr si besoin en cas d'éléments graves (harcèlement, abus ..) dans une démarche de devoir civique et de protection des mineurs.
10. Il n'y a pas de nombre de séance défini à l'avance. L'enfant revient en séance s'il en a envie après discussion avec les parents, il sera libre dans sa démarche.
11. **Merci aux parents séparés, divorcés de signer chacun cette présente charte.**
12. Je respecte le secret professionnel et la charte éthique de l'A.R.C.H.E. (Paris)

Merci de remplir ce formulaire et de le restituer à la première séance.

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Adresse complète : _____

Adresse mail parent : _____

Telephone : _____

Traitement médical : Oui

Non

Si traitement médical ou suivi médical , nom médecin traitant :

Le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature Aurore Dizy

Signature du (des) parent(s) si séparés, ou représentant légal

Aurore Dizy