Adresse

Adresse

Adresse

Adresse

Ort, Datum

**Information sur l'enregistrement de données personnelles et sur la déclaration de consentement.**

InformInformaation sur l'enregistrement de données personnelles et la déclaration de consentement

Chers parents, cher représentants légaux, Mesdames, Messieurs,

Dans la classe de votre enfant / dans l'Education précoce spécialisée / dans l'Ortophonie, un étudiant, une étudiante de la Pädagogische Fachhochschule FHNW effectue un stage.

Pour la formation des étudiants/étudiantes, des parties des cours / du soutien / de la thérapie sont enregistrées sur video ou avec un enregistreur audio. Lors de ces enregistrements, il n'est pas à exclure que votre enfant ne soit enregistré aussi / que vous ne soyez enregistrées aussi. La Pädagogische Fachhochschule FHNW vous garantit que ces données seront traitées confidentiellement, que les droits individuels de tous les participants seront respectés, que toutes les dispositions en matière de protection des données sont strictement observées et que jamais des informations ou des données sont divulgées à des tiers. Les données ne sont utilisées que pour le travail de suivi du stage et ne sont donc explicitement pas publiées. Toutes les données qui n'ont pas été anonymisées sont effacées après la fin des cours qui accompagnent les stages. Pendant le sémestre, les données sont conservées par les étudiants, les étudiantes. Après la fin du sémestre, les données sont effacées.

Je vous prie de bien vouloir consentir à la collecte des données en signant le formulaire ci-joint. Nous nous tenons volontiers à votre disposition pour toute questions de votre part.

(simone.kannengieser@fhnw.ch)

Nous vous remercions pour votre soutien!

Avec nos meilleures salutations

Pädagogische Fachhochschule FHNW Nom et signature de l'étudiante,

Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie de l'étudiant

Prof. Berufspraktische Studien und

Professionalisierung

Simone Kannengiesser

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Déclaration des parents/représentants légaux, du patient, de la patiente

Nom et prénom de l'élève / de l'enfant / du patient, de la patiente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du représentant légal et/ou de la représentante légale:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cocher s.v.p.:

* Je consens à la collecte des données aux fins décrits ci-dessus. La déclaration de consentement est valable jusqu'à sa révocation.

ou

* Je NE consens pas à la collecte des données.

lieu, date signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Veuillez s.v.p. remettre le formulaire à l'étudiante, à l'étudiant.**