



## **Autorisation pour l'utilisation de la vidéo en classe**

En collaboration avec (nom de l'enseignant(e), école) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*J'autorise l'étudiant(e) stagiaire \_\_\_\_\_ inscrit(e) à un stage d'enseignement au module d'adaptation scolaire à l'Université du Québec à Chicoutimi, à utiliser la vidéo en classe afin d'évaluer ses actes professionnels aux strictes fins d'améliorer sa pratique éducative.*

*Les vidéocassettes demeureront strictement confidentielles et ne serviront que pour analyser l'activité filmée. Elles seront effacées à la fin du stage.*

*Nous vous remercions de votre précieuse collaboration .*

- J'accepte qu'on utilise la vidéo*
- Je refuse qu'on utilise la vidéo*

\_\_\_\_\_  
*Signature du parent responsable*

\_\_\_\_\_  
*Nom de l'enfant*

*N.B. Dans le cas d'un refus de votre part, l'étudiant verra à ne pas capter d'image de votre enfant ou lui organisera une autre activité sous la surveillance d'un adulte.*

