



Marie-Hélène Veilleux
Psychologue

Adresse : 10807, avenue Millen
Montréal (Québec)
H2C 2E9
Téléphone : 438-887-9623
Courriel : mhveilleux@outlook.com

Date : _____

Consentement à la psychothérapie

Par ce document, je consens à ce que madame Marie-Hélène Veilleux, psychologue, offre des services de psychothérapie à mon enfant _____.

Je confirme que la psychologue, madame Veilleux, m'a expliqué les paramètres de la psychothérapie et qu'elle se montre disponible pour répondre à mes questions.

Je comprends que la psychothérapie individuelle d'un enfant est un espace réservé à mon enfant et qu'il doit rester à l'abri des conflits parentaux. Ce suivi n'est donc pas une évaluation psycholégale et la psychologue, madame Veilleux, ne peut pas être sollicitée pour témoigner devant une Cour de justice.

Si je suis le seul parent à signer ce document, je comprends que la psychologue s'attend à ce que l'autre parent soit informé de cette démarche pour mon enfant. Si l'un des deux parents devait s'opposer ou venait à s'opposer à ce traitement, la psychologue, madame Veilleux, se verrait dans l'obligation de mettre fin au processus entamé avec l'enfant.

En signant ce consentement, je m'engage aussi à avertir la psychologue, madame Veilleux, au moins 48 heures à l'avance (jours ouvrables) de toute annulation de séance de thérapie prévue avec mon enfant. Dans tous les cas, la séance manquée sera facturée à 100 % des honoraires habituels. Je comprends que le traitement prendra fin automatiquement à la suite de 3 rencontres manquées consécutives.

Signature du ou des parents : _____

Signature de la psychologue (témoin) : _____