*(Laisser en blanc)*

**Demande de prolongation pour contrôles**

**Logopédie/Orthophonie**

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| Nom :       Prénom-s :  (*Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel*)  Date de naissance :       (*j/m/a*) féminin  masculin  Adresse :       NPA + localité : |
| Identité du ou de la logopédiste |
| Nom, Prénom :  Adresse professionnelle :  No 🕿/mobile :  Courriel : |
| Motif de la demande de contrôles |
| Motif : |
| Nombre de quarts d’heure de contrôle (24 quarts d'heure maximum) : |

Lieu et date :  Signature de la ou du logopédiste