*(Laisser en blanc)*

**Demande de séances intégratives supplémentaires**

**Logopédie/Orthophonie**

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| NOM : Prénom-s : *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*Date de naissance :  F [ ]  M [ ] *(j/m/a)* |
| Identité de la ou du logopédiste |
| Nom, Prénom : Adresse professionnelle : No 🕿/mobile :       Courriel :  |
| Données sur la décision actuelle |
| Date de début de la décision actuelle :      Dates des séances intégratives effectuées et nombre de quarts d’heure :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date |       |       |       |       |       |       |
| Nombre de ¼ d’heure |       |       |       |       |       |       |

 |
| Motif de la demande de séances intégratives supplémentaires |
| Motif : Nombre de quarts d'heure demandés (maximum 8) :  |

Lieu et date :  Signature de la ou du logopédiste