*(Laisser en blanc)*

Annonce d’interruption des mesures de SPS en cours

**Interruption (arrêt)** [ ]  à partir du

**Suspension momentanée de la mesure** [ ]  jusqu’au

#### Si après l’interruption, reprise du SPS : rien à signaler de plus.

*Si après l’interruption, arrêt du SPS : annoncer à l’OESN l’interruption définitive.*

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| Nom : Prénom-s : F [ ]  M [ ] Enfant de :      Domicilié à :      Date de naissance :       *(j/m/a)* |
| Identité de la ou du prestataire |
| Nom, prénom : Adresse :      No décision OESN :  |
| Identité de l’école |
| Nom de l’école : Classe :      Nom de la ou du titulaire :  |
| Remarques |
|       |

Lieu et date :

Signature de la ou du représentant-e de l’autorité scolaire Le-s représentant-s légal-aux

*N.B. : A réception de ce formulaire, l’OESN envoie une copie au prestataire spécialisé-e concerné-e ainsi
qu’au-x représentant-s légal-aux.*