*(Laisser en blanc)*

Annonce d’interruption de mesures pédago-thérapeutiques

**Logopédie/Orthophonie**  **Psychomotricité**

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| Nom :      Prénom-s : F  M   Adresse :       NP + Localité :  Date de naissance :       *(j/m/a)* |
| Identité du ou de la prestataire |
| Nom, prénom :  Adresse professionnelle :  No décision OES : |
| Interruption de la mesure |
| Motif : |
| Remarques |
|  |

Lieu et date :

Signature de la ou du prestataire Signature du ou des représentant-s légal-aux

*N.B. : En cas de reprise postérieure d’une mesure relevant de l'OESN, il est nécessaire de se référer aux procédures et formulaires usuels.*

*N.B. : À réception de ce formulaire, l’OESN envoie une copie au-x représentant-s légal-aux.*