(*Laisser en blanc)*

Demande de changement de prestataire

pour les mesures pédago-thérapeutiques

**Logopédie/Orthophonie** [ ]  **Psychomotricité** [ ]

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| Nom : Prénom-s : Date de naissance :  *(j/m/a)* féminin [ ]  masculin  [ ]  |
| Prestataire actuel-le |
| Nom, Prénom : Fonction : Adresse professionnelle : Courriel :  |
| Futur-e prestataire |
| Nom, Prénom :      Fonction :      Adresse :      Courriel :      A partir de quelle date :       Jusqu’à quelle date :       |
| Changement de prestataire : définitif [ ]  provisoire  [ ]  |
| Numéro de la décision OESN |
|       |
| Remarques et/ou motifs |
|       |

Lieu et date :

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

**Copie à :** prestataire actuel-le