(*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