*(Laisser en blanc)*

**Demande de séances intégratives supplémentaires**

**Psychomotricité**

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant ou du jeune |
| Nom : Prénom-s :  *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*  Date de naissance :  *(j/m/a)* féminin  masculin |
| Identité de la ou du thérapeute en psychomotricité |
| Nom, Prénom :  Adresse :  No 🕿 :  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 thérapeute en psychomotricité

NOM, Prénom :