*(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 :