*(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.*