**Demande de reprise de mesure renforcée**

**Psychomotricité**

***Formulaire à utiliser pour une pause thérapeutique de moins de 12 mois. Sinon, faire une demande de prolongation***

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfant/Adolescent**  (NOM – Prénom-s, date de naissance, adresse) |  |
| **Logopédiste :**  (NOM - Prénom, adresse, téléphone, courriel) | Office de l’enseignement spécialisé (OES)  Écluse 67  2000 Neuchâtel |

**1. Date de l’interruption de la mesure**

**2. Motif de la reprise de la mesure**

**3. Mesure-s souhaitée-s**

**a) Prise en charge individuelle**

Durée des séances : 30 minutes  45 minutes  60 minutes

Fréquence des séances : 1 x par semaine  2 x par semaine

**Et**  **Ou**

**b) Prise en charge de groupe**

Nombre d'enfants dans le groupe : 2  3  4

Durée des séances :

Fréquence des séances (ou nombre de séances) :

**4. Signatures**

# Lieu et date :       Signature de la ou du psychomotricien-ne

# Lieu et date :       Signature du ou des représentant-s légal-aux