**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 672000 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