*(Laisser en blanc)*

**Demande de prolongation pour contrôles**

**Psychomotricité**

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| Nom :       Prénom-s :       (Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)Date de naissance :       (j/m/a) féminin [ ]  masculin [ ]  Adresse:       NPA + localité :       |
| Identité de la ou du thérapeute en psychomotricité |
| Nom, Prénom :      Adresse :      No 🕿 :      Courriel :       |
| Motif de la demande de contrôles |
| Motif :       |
| Nombre de contrôles (12 quarts d'heure maximum) :      Prolongation demandée jusqu'au (12 mois travaillés dès la fin de la décision) :       |

Lieu et date :       Signature de la ou du thérapeute en psychomotricité

 NOM, Prénom