*(Laisser en blanc)*

Annonce d’interruption de mesures d’éducation précoce spécialisée

**EPS-SEI**  **EPS-IPA (Centre ACPA)**  **EPS-SEI-CPHV**

**Interruption (arrêt)**  à partir du

**Suspension momentanée de la mesure**  jusqu’au

#### Si après une suspension, reprise de l’IPA : rien à signaler de plus.

*Si après une suspension, arrêt de l’IPA : annoncer à l’office de l’enseignement spécialisé (OESN) l’interruption définitive par ce formulaire.*

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent |
| NOM :      Prénom-s : F  M   Adresse :       NP + Localité :  Date de naissance :       *(j/m/a)* |
| Identité de la ou du prestataire |
| Nom, Prénom :  Adresse professionnelle :  No décision OESN : |
| 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. : À réception de ce formulaire, l’OESN envoie une copie au-x représentant-s légal-aux.*