*(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.*