Demande d’intervention en ergothérapie

\_\_\_\_\_

150 rue du 4 août 1789

69100 Villeurbanne

04 37 43 38 28

[ctrdv@lespep69.org](mailto:ctrdv@lespep69.org)

www.ctrdv.fr

https:/www.facebook.com/CTRDV

@CtrdvPep69

[www.lespep69.org](http://www.lespep69.org)

\_\_\_\_\_

* Service demandeur :
* Date de la demande :
* Référent de l’enfant :

Informations concernant le jeune et ses besoins

* Enfant concerné :
* Date de naissance :
* Classe :

🞏 Demande de bilan 🞏 Demande d’accompagnement

Description du ou des besoin(s) de l’enfant :

Rappel de la gêne visuelle fonctionnelle :

Un accompagnement en ergothérapie a-t-il déjà été effectué ?

🞏 Oui 🞏 Non

Si oui :

* + Date :
  + Nom de l’ergothérapeute ayant effectué l’accompagnement :

Données Administratives :

**Coordonnées du responsable légal de l’enfant :**

* Nom (si différent de l’enfant) :

* Adresse postale :

* Téléphone / Portable :
* Mail :

**Coordonnées de l’établissement scolaire :**

* Nom et adresse de l’établissement :

* Coordonnées de la personne à contacter au sein de l’établissement (téléphone, mail) : ………………………………………………………………………………………………………………