Demande d’intervention en locomotion

\_\_\_\_\_

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 :

Demande d’intervention

* 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 bilan en locomotion a-t-il déjà été effectué ?

🞏 Oui 🞏 Non

Si oui :

* + Date :
  + Nom de l’instructrice de locomotion ayant effectué le bilan :

Données Administratives :

* Nom du responsable légal de l’enfant (si différent) :

* Adresse domicile :

* Téléphone domicile / Portable :
* Adresse mail du responsable légal :
* Nom et adresse de l’établissement scolaire :

* Coordonnées de la personne à contacter au sein de l’établissement scolaire :
  + Adresse mail
  + Téléphone