



DEMANDE DE PROLONGATION DU TRAITEMENT
POUR DES MESURES PÉDAGO-THÉRAPEUTIQUES RENFORCÉES (LOGOPÉDIE)

À présenter au plus tard 1 mois avant l'échéance des mesures accordées

Numéro d'enregistrement
(A remplir par le *Service cantonal de la jeunesse*)

Nom	Prénom
-----	--------

DEMANDE DE PROLONGATION DU TRAITEMENT AMBULATOIRE: LOGOPEDIE SELON art. 48 LJe du 11 mai 2001

⇩ *A remplir par le représentant légal (parents, autre personne), ou par le jeune ayant atteint la majorité civile* ⇩

1. Le représentant légal, respectivement le jeune majeur, demande la prolongation du traitement

Nom	Prénom
Adresse (Rue, N°)	NPA, localité
N° de téléphone	Fax
N° de portable	E-mail

2. Thérapeute chargé de pratiquer les interventions :

Nom	Prénom
Adresse (Rue, N°)	NPA, localité
N° de téléphone	N° de portable
E-mail	

3. Autorisation :

Par sa signature, le représentant légal (parents, autre personne), respectivement le jeune ayant atteint la majorité civile, autorise le thérapeute à fournir, au Service cantonal de la jeunesse (SCJ), toutes informations utiles se rapportant à la prise en charge de l'enfant, respectivement du jeune (art. 55 LJe).

Lieu, date : _____ Signature :

Ce document doit être envoyé au Service cantonal de la jeunesse, Avenue Ritz 29, Case postale 478, 1951 Sion