



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS POUR DES MESURES PÉDAGO-THÉRAPEUTIQUES RENFORCÉES (LOGOPÉDIE)

TRAITEMENT AMBULATOIRE : LOGOPÉDIE SELON art. 48 LJe du 11 mai 2001

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

1. a) Renseignements sur l'enfant / le jeune

Nom Prénom
Sexe masculin féminin Date de naissance
Nationalité
Adresse (Rue, N°) NPA, localité
Classe suivie actuellement

Annexe : copie d'un document officiel (livret de famille, permis de séjour)

1. b) Renseignements sur le représentant légal

Nom Prénom
Date de naissance
N° de téléphone N° de portable
E-mail

Si adresse de correspondance différente du 1. a) :

Adresse (Rue, N°) NPA, localité

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, resp. 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

Tél. : 027 606 48 15

Fax : 027 606 48 24

E-mail : logo_lega@admin.vs.ch