



## 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