**Demande d’octroi de garantie financière pour un suivi psychologique -psychothérapeutique spécialisé en surdité pour notre enfant**

1. **Identité de l’enfant / du jeune**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Adresse complète** |  |
| **NPA / Localité** |  |

1. **Identité des parents**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom (mère)** |  |
| **Adresse complète** |  |
| **NPA / Localité** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |
| **Nom et prénom (père)** |  |
| **Adresse complète** |  |
| **NPA / Localité** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |

1. **Motif de signalement**

|  |
| --- |
|  |

**Lieu et date** **Signature du parent / des parents**

Ce *formulaire rempli et signé doit être adressé au Service cantonal de la jeunesse, à l’attention de Mme Romaine Schnyder, adjointe au Service cantonale de la jeunesse, av. du Ritz 29, 1951 Sion.*

**SCJ Direction uniquement**

**Accord\* de la Direction SCJ :**

**Lieu et date** **Signature**

*\*Après les cinq premiers entretiens au plus tard, Mme Corinne Béran, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP et en surdité, informe de manière succincte (par écrit) le SCJ du nombre de séances planifiées pour la suite.*