Demande d’intervention en ergothérapie

\_\_\_\_\_

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)

Formulaire à adresser par mail : ctrdv-equipe-mobile@lespep69.org

\_\_\_\_\_

* Date de la demande :
* Service demandeur et nom du référent :

Informations concernant le jeune et ses besoins

* Numéro de dossier de l’enfant concerné :
* Classe :

🞏 Demande de bilan 🞏 Demande d’accompagnement

Description du ou des besoin(s) de l’enfant (anonymement) :

Rappel des gênes fonctionnelles (anonymement) :

Un accompagnement en ergothérapie a-t-il déjà été effectué ?

🞏 Oui 🞏 Non

* + Par (CTRDV / libéral / autres ESMS) :
  + Nom de l’ergothérapeute ayant effectué l’accompagnement :

Coordonnées de l’établissement scolaire (si en lien avec la demande) :

* Nom et adresse de l’établissement :

* Coordonnées de la personne à contacter au sein de l’établissement (téléphone, mail) : ………………………………………………………………………………………………………………