Notre Dame
Ecole - Collège - Lycée- Supérieur
De Peltre

Nom et Prénom de mon enfant : _____

Document prises en charges extérieures

Chers parents,

Afin de permettre à vos enfants de s'épanouir davantage dans leurs apprentissages, Nous souhaiterions connaître les coordonnées des praticiens qui travaillent avec eux en dehors du temps scolaire. Merci de remplir ce document pour que nous, équipe enseignante, nous puissions au mieux répondre aux aménagements de chacun.
Recevez chers parents, nos sincères salutations.

Les Maîtresses

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

Votre enfant est-il suivi par l'un de ces professionnels de santé ?

Orthophoniste : OUI NON

Nom, fréquence et coordonnées téléphoniques :

Psychologue/pédo-psychiatre : OUI NON

Nom, fréquence et coordonnées téléphoniques :

Psychomotricien : OUI NON

Nom, fréquence et coordonnées téléphoniques :

Ergothérapeute : OUI NON

Nom, fréquence et coordonnées téléphoniques :

Autre praticien : OUI NON

Nom, fréquence et coordonnées téléphoniques :