* *Merci de bien vouloir cocher les modifications souhaitées et de nous retourner le formulaire*
* *Ce document ne remplace pas une demande de renouvellement.*

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN CHANGEMENT DE THERAPEUTE,**

**UNE MODIFICATION, FIN et/ou PROLONGATION DE TRAITEMENT**

|  |
| --- |
| **Données relatives à l'enfant** |
| **NOM et prénom** |       |
| **Date de naissance** |       |
| **Adresse**  |       |
| **N° de décision SPS**  |       |
| **Dates de début et fin de traitement** | du       au       |
| **Code(s) CIM-10 / CIM-11** |       |

|  |
| --- |
| **Prestation concernée par le changement** |

[ ]  **Logopédie** [ ]  **Psychomotricité** [ ]  **LPC**

|  |
| --- |
| **Données relatives à la ou au thérapeute**  |
| **NOM et prénom** |       |
| **Adresse** |       |
| **Téléphone** |       |
| **Courriel** |       |
| **NIF** |       |

**Changement de thérapeute** [ ]  oui / [ ]  non

Nom et prénom de la **nouvelle** ou du **nouveau** thérapeute :

NIF :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Date de la dernière prestation de l'**ancienne** ou de **l'ancien** thérapeute :

Nombre de séances effectuées avant changement :

Date de la première prestation de la **nouvelle** ou du **nouveau** thérapeute :

Motif du changement :

**Modification du traitement** [ ]  oui / [ ]  non

Modalité : [ ]  individuel / [ ]  groupe

Nombre de séance(s) :  [ ]  par semaine / [ ]  par mois

Durée de la séance (30, 45, 60 ou 75) :  minutes

Dès le :

Raison de la modification *(pour une augmentation de la durée et / ou fréquence des séances, merci d'apporter une justification détaillée au moyen d'exemples et éléments cliniques)*

**Fin du traitement**  [ ]  oui / [ ]  non

Date de la dernière prestation :

**Prolongation de 3 mois en vue de fin de traitement** [ ]  oui / [ ]  non

*Attention : cette demande entraîne une irrecevabilité d'une nouvelle demande pour la même prestation pour une période de 12 mois*

Prolongation du       au

|  |
| --- |
| **Date et signatures** |
| Fait à Genève, le      **Signature de la représentante ou du représentant légal : ………………………………………………………….**Je consens à ce que les données personnelles sensibles contenues dans ce document soient traitées selon les règles prévues par la Loi sur l'information du public, l'accès aux documents et à la protection des données personnelles du 5 octobre 2001.**Signature de la ou du thérapeute : …………………………………………………………………..** |