**SERVICE EDUCATIF ITINERANT – Pôle Antenne**

Date de demande : Date Première visite : *Date* Suivi par : *Psy*

Lieu demandeur : Adresse

Direction de la SAPE : Nom, prénom Mail : *Mail*

Adresse : *Adresse* Téléphone : *No de téléphone*

Nom de l’éducatrice/teur : *Nom, prénom.*

**ENFANT**

Nom : *Nom* Prénom : *Prénom*

Date de naissance : *Date.* Fréquente le SAPE depuis le : *Date.*

Adresse de l’enfant : *Adresse*

Fréquence : *Pourcentage ou jours* Jours Ok pour les séances :  *Jours*

Info aux parents [ ]  Accord des parents : [ ]

**RESEAU**

Pédiatre : *Nom* Médecin : *Nom*

Psychologue : *Nom* Physio : *Nom*

Logo : *Nom* Ergo : *Nom*

Psychomot. : *Nom* Autre : *Nom*

Autres infos : *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

Brève description des difficultés de l’enfant au sein du groupe et des besoins de l’équipe :

*Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

***A remplir par le SEI***

**Date de sortie** : *Date* **Orientation** : *Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*

[ ]  PES

[ ]  SPS à demander [ ]  Non SPS