



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

Nom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

E-mail : .....

### PROFESSIONNEL À L'ORIGINE DE LA DEMANDE :

Nom : .....

Profession : .....

### ENFANT CONCERNÉ :

Nom : .....

Age : ..... Classe : .....

Diagnostiqué sourd / malentendant

Appareillé

Implanté

Avec Handicap associé

Diagnostiqué Troubles Sévères du Langage

Préciser : .....

Autre : .....

Détails concernant la situation pour laquelle l'intervention de l'EMOLL est souhaitée :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Un accord des responsables légaux de l'enfant est demandé pour toute ouverture de dossier par l'EMOLL. Nous vous prions donc de remplir la fiche correspondante et de la joindre à ce document.