



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.

EMOLL

06 72 20 95 52 - equipemobile@injs-metz.fr