**Demande de transfert entre institutions spécialisées** (*à envoyer au SESAM)*

|  |  |
| --- | --- |
| De |  |
| A |  |

**Coordonnées de l’élève :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | Téléphone |  |
| Adresse |  | Domicile |  |

**Coordonnées des représentants légaux**

**Mère**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Adresse |  | | |
| Domicile |  | Téléphone |  |
| Autorité parentale  Oui  Non | | | |

**Père**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Adresse |  | | |
| Domicile |  | Téléphone |  |
| Autorité parentale  Oui  Non | | | |

**Motif de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Personne de contact |  |
| Adresse mail |  |
| Téléphone |  |

Date et signature :

**Avis des représentants légaux :**

|  |
| --- |
|  |

Signature des représentants légaux *(si les parents partagent l’autorité parentale mais n’habitent pas ensemble la signature des deux est nécessaire)* :

Date et signature :

**Avis inspectorat du SESAM :**

|  |
| --- |
|  |

Date et signature de l’inspecteur/trice spécialisé/e :

Les deux institutions se coordonnent pour l’organisation et la transmission du dossier.

Joindre à cette demande le dernier bilan et projet de l’élève ainsi que les derniers rapports pédago-thérapeutiques.

**En fin de stage, le résultat du bilan est transmis par écrit au SESAM.**