[Prenom][NOM]
[Adresse1]
[Code Postal] [VILLE]
Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]
[Adresse Destinataire]
[Code Postal] [VILLE]
Paris, le 11/11/2026

Demande de prise en charge de soins pour mon enfant

Madame, Monsieur,

Mon enfant, [Prénom Nom], né(e) le [date], doit bénéficier de séances de [précisez : orthophonie, psychomotricité, kinésithérapie] prescrites par son médecin, et je sollicite des informations sur leur prise en charge.
Ces soins ont été prescrits en raison de [précisez : des difficultés de langage, un trouble du développement, une rééducation nécessaire], et un suivi régulier est recommandé pour permettre à mon enfant de progresser dans de bonnes conditions.
Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les conditions de prise en charge de ces séances par l'assurance maladie, l'éventuelle nécessité d'un accord préalable, ainsi que les démarches à accomplir pour que mon enfant puisse débuter sa rééducation sans délai.
Vous trouverez ci-joint la prescription médicale établie par le praticien, qui en précise la nature et la fréquence, ainsi que, le cas échéant, le bilan réalisé par le professionnel de santé concerné. Je reste à votre disposition pour fournir tout document complémentaire.
Le suivi de mon enfant me tient particulièrement à cœur, et je souhaite m'assurer que le coût des séances ne constituera pas un obstacle à la régularité indispensable de cette prise en charge, qui s'inscrit le plus souvent dans la durée.
Je me tiens à votre disposition pour toute précision utile et vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de mon enfant. Plus ces séances pourront débuter tôt, plus elles seront efficaces, et je souhaite donc lever sans tarder toute incertitude sur leur prise en charge afin d'offrir à mon enfant les meilleures chances de progresser.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature