*(Laisser en blanc)*

**Demande de mesures renforcées
Établissement d'un bilan en psychomotricité**

**Enfants ou jeunes scolarisés**

***Seules les demandes originales, signées seront traitées***

|  |
| --- |
| Identité de l’enfant/l’adolescent  |
| Nom : Prénom-s :  *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*Date de naissance :  *(j/m/a)* féminin [ ]  masculin [ ] Adresse: NPA + localité : No 🕿 : Vivant en Suisse depuis la naissance [ ] depuis le : Langue-s première-s : Autre-s langue-s : |
| Scolarité |
| Année scolaire : Cycle 1 : 1ère [ ]  2ème [ ]  3ème [ ]  4ème [ ]   Cycle 2 : 5ème [ ]  6ème [ ]  7ème [ ]  8ème [ ]  Cycle 3 : 9ème [ ]  10ème [ ]  11ème [ ]  section/niveau : Formation régulière (FR) [ ]  Formation spécialisée (FS) [ ]  Autre : Nom de l’école : Adresse : Enseignant-e : No 🕿 : Courriel : Enseignant-e : No 🕿 : Courriel : Coordonnées du ou de la représentant-e de l'autorité scolaire\* (Nom, prénom, fonction, No 🕿, adresse courriel) :\* Direction, direction adjointe de cycle ou assistant-e scolaire du service socio-éducatif mandaté par sa direction.  |
| Coordonnées du ou des représentant-s légal-aux |
| Représentant-e légal-e 1 | Représentant-e légal-e 2 |
| Nom :      Prénom :      Date de naissance :      *(j/m/a)*Adresse :      NPA + localité : No 🕿 :      Courriel :       | Nom :      Prénom :      Date de naissance :       *(j/m/a)*Adresse :     NPA + localité : No 🕿 :      Courriel :       |
| **Autorité parentale : oui** [ ]  **non [ ]**  **Autorité parentale : oui** [ ]  **non [ ]**  |

###### Coordonnées de la ou du médecin de référence

|  |
| --- |
| Nom et prénom : Spécialité : Adresse :  No 🕿 : NPA + Localité :  Courriel :  |
| Remarques |
|  |

**Attention**

La grille de signalement, qui figure aux pages 3 à 5 de ce formulaire, doit être obligatoirement remplie.

Un montant de 140 francs sera facturé à-aux représentant-s légal-aux si l'OESN n'entre pas en matière pour l'octroi d'une mesure renforcée en psychomotricité.

**Enseignant-e titulaire**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Enseignant-e de soutien**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Représentant-e de l’autorité scolaire**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Représentant-s légal-aux ou adolescent si majeur**

Lieu et date : Signature :

**Réf : Lexique** **pour évaluation du fonctionnement**

**enfant/adolescent** (Nom, prénom-s, date naissance) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Densité du problème observé** |  |
|  | **Items observés** | aucun | léger | moyen | grave | Pas de donnée | Observations |
| **1.** | **Développement général/apprentissage** |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | L'enfant utilise-t-il ses sens de façon adéquate (vue, audition, toucher, goût, odorat) ?*Items CIF\*: d110, d115, d120* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1.2 | L'enfant peut-il aisément acquérir de nouveaux savoir-faire (apprendre à manipuler un nouveau jouet ou intégrer les différentes étapes d'un jeu, …) ?*Item CIF: d155* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1.3 | L'enfant sait-il maintenir son attention ?*Items CIF: d160, d161, b140* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 1.4 | L'enfant est-il capable de se repérer dans le temps (jours, mois, saisons,…, différences entre générations/âges de la vie) ?*Items CIF: b114, b180* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **2.** | **Attitude face aux exigences** |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | L'enfant est-il capable d'adapter ses routines quotidiennes selon des facteurs externes ou ses besoins (s'habiller selon le temps qu'il fait, préparer son sac selon son horaire, manger à sa faim) ?*Items CIF: d230, d540, d550* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 2.2 | L'enfant comprend-il et est-il capable de suivre un jeu (jeu symbolique, jeu de société, sport, …) ?*Items CIF: b160, b114* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 2.3 | L'enfant sait-il adapter son comportement au contexte (rester silencieux dans une bibliothèque, se montrer confiant face à la nouveauté) ?*Items CIF: b126, d250* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Densité du problème observé** |  |
|  | **Items observés** | aucun | léger | moyen | grave | Pas de donnée | Observations |
| 2.4 | L'enfant peut-il gérer ses émotions de façon appropriée ? (sinon: comportement sur/sous dimensionnés, gestes de nervosité excessifs, tics, retraits sur soi-même, évitements, crises/violences)*Items CIF: b152, b126* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 2.5 | L'enfant sait-il réguler son niveau d'activité ? (sinon, préciser: agitation, inhibition) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **3.** | **Communication** |  |  |  |  |  |  |
| 3.1 | L'enfant est-il capable de raconter une histoire selon une logique temporelle cohérente (début, déroulement, fin) ?*Items CIF: b160, b164, d163* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 3.2 | L'enfant est-il capable de communiquer ses émotions de manière verbale ou non-verbale (verbalise ses émotions, cherche physiquement le réconfort, partage ses émotions par des pleurs/rires, …) ?*Items CIF: b152, d315* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **4.** | **Mouvement et mobilité** |  |  |  |  |  |  |
| 4.1 | L'enfant est-il à l'aise dans ses coordinations (changer de position, marcher, courir, grimper, …) ?*Items CIF: d410, d455* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.2 | L'enfant semble-t-il maîtriser ses mouvements (jeux de balle, saisir un verre,…) ?*Items CIF: b760* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.3 | L'enfant est-il habile de ses doigts (motricité fine: ramasser des petits objets, manipuler des outils, …) ?*Item CIF: d440* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.4 | L'enfant peut-il se déplacer dans un espace défini sans bousculer des objets ou des personnes ?*Items CIF: b114, b180, b260* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.5 | L'enfant est-il capable de s'orienter dans l'espace (trouver son chemin, se repérer par rapport à: des objets, une consigne, par ex: droite/gauche, un plan) ? *Items CIF: b114, b180,*  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Densité du problème observé** |  |
|  | **Items observés** | aucun | léger | moyen | grave | Pas de donnée | Observations |
| 4.6 | L'enfant montre-t-il un geste graphique maîtrisé (dessin, écriture) ?*Item CIF: d145* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.7 | L'enfant a-t-il une tension musculaire typique au repos ? (sinon: hypertonie ou hypotonie)*Item CIF: b735* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.8 | L'enfant peut-il maintenir sa tension musculaire le temps nécessaire à son projet (se tenir debout, porter des objets) ?*Items CIF: b740, d145* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 4.9 | L'enfant présente-t-il des mouvements harmonieux ? (sinon: mouvements répétitifs, tics, tremblements, lenteur, mouvements sans tenue)*Item CIF: b765* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| **5.** | **Prise en charge autonome** |  |  |  |  |  |  |
| 5.1 | L'enfant sait-il évaluer le danger ? (sinon: préciser si excessivement téméraire ou craintif)*Item CIF: d571* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |
| 5.2 | L'enfant est-il autonome dans ses routines quotidiennes (manger, s'habiller, se laver, …) ?*Items CIF: d230,d540, d550* | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  |

**\*CIF-EA**: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Version pour enfants et adolescents. Organisation mondiale de la santé, 2007