*(Laisser en blanc)*

**Demande de mesure renforcée**

**Institution hors canton**

***Seules les demandes, originales, signées et qui répondent aux critères d'octroi 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 :      NP + 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 :  Représentant-e de l'autorité scolaire\* (Nom, prénom, fonction, no 🕿, courriel) :    La situation a été évoquée initialement par :  Date :  \*Direction ou direction adjointe, assistant-e scolaire du service socio-éducatif mandaté-e par sa direction. | |
| Représentant-s légal-aux | |
| Representant-e légal-e 1 | Représentant-e légal-e 2 |
| Nom :  Prénom :  Date de naissance :      *(j/m/a)*  Adresse :  NP + localité :  No 🕿 :  Courriel :  Autorité parentale: Oui  Non | Nom :  Prénom :  Date de naissance :       *(j/m/a)*  Adresse :  NP + localité :  No 🕿 :  Courriel :  Autorité parentale: Oui  Non |

|  |
| --- |
| 1. **Motif de la demande**   ***Rubrique à remplir par l'enseignant-e titulaire et la ou le représentant de l’autorité scolaire actuelle si l'élève est scolarisé à l'école ordinaire ou en école spécialisée*** |
| Résumé de la problématique (évolution, parcours et projet scolaire) |
| Quelles sont les difficultés de l'élève motivant la demande ? |
| Quelles sont les réactions de l'élève face à ses difficultés ? |
| Quels sont les ressources ou points forts de l'élève ? |
| Quels sont les progrès de l'élève ? |
| Les mesures d'adaptation\* mises en place ont-elles apporté des bénéfices à l'élève ? Si oui, lesquels ? |
| Quelles difficultés persistent encore ? |

**\* Le Projet Pédagogique Individualisé (PPI) établi par l'école est à joindre dans les annexes.**

***Mesures de soutien dispensées par l'école ordinaire***

|  |
| --- |
| Nom et prénom de l'enseignant-e Modalités\*  Soutien pédagogique  Dans quels buts ?  Soutien intensif  Dans quels buts ?  Soutien par le mouvement  Dans quels buts ?  Soutien langagier  Dans quels buts ?  Soutien à l'intégration  Dans quels buts ?  Autres, à préciser  Dans quels buts ? |

***Mesures de soutien déjà octroyées par l'office de l'enseignement spécialisé (OESN)***

Nom et prénom de l'enseignant-e Modalités\*

de soutien:

SPSM

Élèves sourds ou malentendants

SPS-CPHV

Élèves malvoyants ou aveugles

SPS-PN

Élèves en situation de handicap mental  
et/ou relevant d'un trouble du spectre  
autistique

SPS-CERAS

Élèves dysphasiques ou relevant d'un

trouble du langage sévère

*\*pour les modalités, il y a lieu de préciser depuis quelle date, la fréquence (nombre de fois par semaine) et s'il s'agit de mesures individuelles ou en groupe.*

***Annexes à joindre***

Projet pédagogique individualisé (PPI)

*Un exemple de canevas est disponible sur le site de l'OESN*

Audiogramme pour élève sourd ou malentendant

Copie du dernier bulletin scolaire

Appréciation des intervenant-es (pédago-) thérapeutiques  (datant de moins de 6 mois)

*Logopédie/orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie*

Autres bilans ou rapports :  À préciser :

***Conditions générales pour l’établissement d’une demande de prestation :***

* L'OESN assure le suivi des dossiers transmis par l'office de liaison neuchâtelois (SPAJ), au sens de l'article 10 et 11 de la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS).
* Toute première demande doit obligatoirement se fonder sur un rapport médical.

Date :       Signature de l'enseignant-e titulaire :

Signature de la ou du représentant de l'autorité scolaire:

|  |
| --- |
| 1. **Informations complémentaires**   ***Rubrique à remplir par le-s représentant-s légal-aux*** |

***Suivi social de l'enfant/l’adolescent***

|  |
| --- |
| Curatelle  Tutelle  Assistant-e-social-e sans mandat officiel ou judiciaire  Autre  Nom et prénom de la personne responsable :  Nom de l'institution (le cas échéant) :  Adresse :       No 🕿/mobile :  NP Localité :       Courriel : |

***Institution d'accueil ou famille de jour***

|  |
| --- |
| L'enfant ou le jeune est-il accueilli en institution ou dans une famille de jour?Oui  Non  Si oui, nom et prénom :  Adresse :       No 🕿 :  NP + Localité :       Adresse courriel :  Depuis le : |

***Médecin de référence***

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

***Bilan intellectuel***

Un bilan intellectuel a-t-il été établi ? Oui  Non

Si oui, par qui ? \* OCOSP  CNPea  Autre

Nom et prénom :

No 🕿 :

Courriel :

Date du bilan :

*\* Joindre le rapport de la ou du psychologue à la demande sous pli fermé.*

***Autres documents***

Tout document pertinent pour la compréhension de la situation de l'enfant/l’adolescent peut être joint.

À préciser:

***Prises en charge actuelles***

Nom et prénom des prestataires Modalités\*

Éducation précoce spécialisée (SEI)

Logopédie/Orthophonie

Psychomotricité

Ergothérapie

Physiothérapie

Psychothérapie

Autres

*\*pour les modalités, préciser la fréquence (nombre de fois par semaine) et s'il s'agit de mesures individuelles ou en groupe.*

***Rapport médical***

Toute première demande doit **obligatoirement** être accompagnée d'un rapport médical.

**Le-s représentant-s légal-aux complète-nt l'annexe 1** (p. 10 du formulaire): "Demande, au médecin traitant, d'un rapport médical à l'intention de l'office de l'enseignement spécialisé" et la transmette-nt au médecin traitant.

La ou le médecin traitant adressera le rapport médical sous pli confidentiel à l'OESN.

|  |
| --- |
| Autorisation Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant/l’adolescent, ou l’adolescent majeur lui-même, autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’OESN les renseignements nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande et de l’octroi de prestations.  La ou les personne-s soussignée-s autorise-nt également l’OESN à transmettre les informations nécessaires au suivi scolaire et/ou pédago-thérapeutique. |

**Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux atteste-nt avoir pris connaissance des pages   
1 à 12 du présent formulaire et donne-nt leur accord à l'analyse de la demande.**

**Le dépôt de la demande ne présuppose pas l'octroi d'une mesure.**

Lieu et date :

Signature du ou des représentant-s légal-aux

ou de l’adolescent si majeur

|  |
| --- |
| 1. **Appréciation de la direction**   ***Rubrique à remplir par la direction de l'établissement hors canton*** |

***Établissement hors canton***

Nom*:*

Adresse :       NP + Localité :

No 🕿 :       Courriel :

***Représentant-e de la direction***

Nom et prénom :

Fonction :

Adresse :       NP Localité :

No 🕿/mobile :       Adresse courriel :

***Annonce et questionnement***

La situation a été évoquée initialement par :      

Date :     

Résumé du questionnement/synthèse de la problématique :

Début de la scolarisation prévue le :

Un projet d'internat est-il à envisager ? OUI  NON

**Par sa signature, la direction de l'établissement hors canton s'engage à accueillir l'enfant/l’adolescent à la date indiquée ci-dessus.**

Date :       Signature de la ou du représentant de la direction:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Évaluation du fonctionnement de l'enfant/l’adolescent**  *Les items ci-dessous sont tirés de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)* | | | | | | | | | |
| **Activités et participation**  \*concerne surtout la scolarité  obligatoire (tous les autres critères sont valables aussi bien pour l'éducation  précoce que pour la scolarité)  *(Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données / sans obj*et") | Pas de problème | Problème léger | Problème moyen | Problème grave | Impossibilité complète | Problème ne pouvant être précisé | Pas de données / sans objet | **Remarques / explications / indication des ressources particulières**  **Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème.** | |
| Regarder (CIF d110) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Écouter (CIF d115) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres perceptions intentionnelles  (CIF d120) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apprendre à travers des actions  portant sur des objets (CIF d131) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acquérir le langage (CIF d133) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acquérir un savoir-faire (CIF d155) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lire \* (CIF d166) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Écrire \* (CIF d170) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calculer \* (CIF d172) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Résoudre des problèmes \* (CIF d175) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Effectuer la routine quotidienne  (CIF d230) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gérer son comportement  (CIF d250) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Communiquer – recevoir des  messages parlés (CIF d310) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Activités et participation**  \* concerne surtout la scolarité  obligatoire  (tous les autres critères sont valables  aussi bien pour l'éducation précoce  que pour la scolarité)  *(Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données / sans obj*et") | Pas de problème | Problème léger | Problème moyen | Problème grave | Impossibilité complète | Problème ne pouvant être précisé | Pas de données / sans objet | Remarques / Explications | |
| Parler (CIF d330) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Produire des messages non verbaux (CIF d335) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Changer la position corporelle de base (CIF d410) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité de motricité fine (CIF d440) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aller aux toilettes (CIF d530) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S'habiller (CIF d540) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manger (CIF d550) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Veiller à sa sécurité (CIF d571) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Interactions complexes avec autrui  (CIF d720) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Relations formelles \* (CIF d740) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonction de la mémoire (CIF b144) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diriger son attention (CIF d161) |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Autres items de la CIF pertinents dans le domaine des activités et de la participation: | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres éléments pertinents dans le domaine des activités et de la participation: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Guide pour une demande à l'OESN**

L'enseignant-e titulaire :

* complète les pages 1 (points 1 et 2), 2, 3 et l'évaluation du fonctionnement aux pages 7 à 9, date et signe à la page 3.

La direction de l'établissement hors canton :

* complète la page 6.

Le-s représentant-s légal-aux :

* complète-nt les pages 1 (point 3), 4 et 5, date-nt et appose-nt leur signature manuscrite à la page 5 ;

C:\Documents and Settings\MiccioR\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\LHB2YJRT\MC900411320[1].wmf

1. La ou le représentant-e de l'autorité scolaire a pour tâche de récolter toutes les annexes (liste à la page 3) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OESN.
2. Pour les enfants non scolarisés, il appartient au-x représentant-s légal-aux de récolter toutes les annexes (liste à la page 3) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OESN.
3. La demande sera traitée uniquement lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.