*Confidentiel*

Office de l’enseignement spécialisé (OESN)

*Cachet médecin traitant*

Rue de l’Écluse 67

Case Postale 1

2002 Neuchâtel 2

**Rapport médical**

**Demande d’évaluation de la procédure d’évaluation standardisée (PES)** [ ]

**2ème ou 3ème demande de prolongation de psychomotricité** [ ]

Nom : Prénom-s :  Né-e le :

1. **Diagnostics [ ]  Hypothèses diagnostiques [ ]**

1. **Descriptif de tous les symptômes observés (joindre les rapports utiles à l’établissement du diagnostic)**

1. **Un bilan intellectuel a-t-il été effectué ? Oui** **[ ]  Si oui, joindre le rapport Non [ ]**
2. **Mesures thérapeutiques connues en cours**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mesure** |  | **Thérapeute** | **Fréquence** | **Depuis le** |
| Psychothérapie | [ ]  |       |       |       |
| Ergothérapie | [ ]  |       |       |       |
| Physiothérapie | [ ]  |       |       |       |
| Médicamenteuse*Spécifier* | [ ]  |       |       |       |
| Autres | [ ]  |       |       |       |

**Remarques-s**

Lieu et date : Signature Courriel

*NB : Le-s représentant-s légal-aux a-ont donné son-leur accord pour la communication des informations ainsi que des documents médicaux joints au présent rapport. Il-s a-ont donné également son-leur accord pour que ces éléments puissent être communiqués, le cas échéant, aux responsables pédagogiques des entités de prestations éventuellement concernées. Les informations concernant les prestations de l’office de l’enseignement spécialisé sont disponibles sur le site :* [*www.ne.ch/OES*](http://www.ne.ch/OES)*.*

**Demande à la ou au médecin traitant d'un rapport médical à l'attention**

**de l'office de l'enseignement spécialisé (OESN)**

|  |
| --- |
| 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 🕿 :      Langue maternelle :       |
| Coordonnées de la ou du médecin traitant |
| Nom, prénom :      Adresse :      No 🕿 :       |  |

Madame la doctoresse, Monsieur le docteur,

Nous vous saurions gré de bien vouloir établir un rapport médical à l'attention de l’OESN, Rue de l'Écluse 67, 2000 Neuchâtel, en vue d'une éventuelle prise en charge de mesures renforcées nécessaires à la scolarisation de notre enfant/adolescent, ci-dessus nommé.

Nous donnons notre accord pour que les éléments nécessaires au suivi de notre enfant/adolescent ainsi que de sa scolarité puissent être communiqués, le cas échéant, aux responsables pédagogiques des entités qui assumeraient les prestations octroyées.

Le formulaire "Rapport médical" en page 1 est à compléter par vos soins et à transmettre, sous pli confidentiel, à l'OESN.

En vous remerciant de votre collaboration.

Lieu et date :

 **Signature du ou des** **représentant-s légal-aux**

 ou de l’élève si majeur