

(Laisser en blanc)

Demande d'orientation en école spécialisée

 École spécialisée Transfert entre écoles spécialisées

1. Données personnelles de l'enfant / du jeune

Nom	
Prénom(s)	
Adresse	
NPA + localité	
No de téléphone	
Date de naissance (j/m/a)	féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Langue maternelle	
Vivant en Suisse	depuis le _____ depuis la naissance <input type="checkbox"/>

2. Contexte scolaire

Année scolaire	
Autre (à préciser)	
Nom de l'école	
Adresse, NPA + localité	

Nom(s) de l'enseignant(e)	
No de téléphone + mobile	
Courriel	

⇒ **Dispositif de soutien** (si existant, à préciser ci-dessous)

Type	
Modalités (soutien individ., en groupe, fréquence)	
Nom personne référente	
No de téléphone + mobile	
Courriel	

3. Contexte familial

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
NPA + localité		
No de téléphone		
No de mobile		
Date de naissance (j/m/a)		
Détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Données concernant la situation familiale actuelle

Conditions de vie et de soins, si situation particulière*	
Moyens auxiliaires particuliers	
Fratrie / position dans la fratrie	
Un projet d'internat est-il à envisager?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, raisons à préciser	

*On entend par situation particulière, l'ensemble des aménagements de vie et de soins mis en place dans le cercle familial pour répondre à des besoins spécifique relevant d'une situation de handicap le nécessitant.

⇒ Dispositif de protection

L'enfant ou le jeune est-il au bénéfice de mesures de protection?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, quel type de mesures	<input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle <input type="checkbox"/> assistant-social sans mandat officiel
Nom, prénom	
Adresse, NPA + Localité	
No de téléphone + mobile	
Courriel	

⇒ Coordonnées de l'institution de placement ou famille de jour

L'enfant ou le jeune est-il placé en institution ou famille de jour?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, nom à préciser	
Adresse, NPA + Localité	
No de téléphone + mobile	
Courriel	
Date du placement	

4. Contexte des professionnels

⇒ **Coordonnées du médecin de référence**

Le médecin de référence remplit le formulaire "**rapport médical**" disponible sur le site: www.ne.ch/oes

Nom, prénom	
Spécialité	
Adresse, NPA + Localité	
No de téléphone	
Courriel	

Nom autres médecins éventuels	
-------------------------------	--

⇒ **Coordonnées des intervenants pédago-thérapeutiques**

(Orthophoniste, psychomotricien-ne, ergothérapeute, physiothérapeute)

Chaque intervenant remplit le formulaire "**bilan de l'intervenant pédago-thérapeutique**" sur le site: www.ne.ch/oes

Nom, prénom	
Spécialité	
Modalités*	

Nom, prénom	
Spécialité	
Modalités*	

Nom, prénom	
Spécialité	
Modalités*	

Nom, prénom	
Spécialité	
Modalités*	

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

5. Évaluation du fonctionnement de l'enfant ou du jeune (réf. Lexique pour évaluation du fonctionnement)

<p>Activités et participation</p> <p>Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données/sans objet"</p>	Pas de problème	Problème léger	Problème moyen	Problème grave	Impossibilité complète	Problème ne pouvant être précisé	Pas de données / sans objet	<p>REMARQUES / EXPLICATIONS</p> <p><i>Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème</i></p>
Regarder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecouter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir le langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir un savoir-faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lire *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ecrire *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calculer *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résoudre des problèmes *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effectuer la routine quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son propre comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communiquer – recevoir des messages parlés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produire des messages non verbaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changer la position corporelle de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prendre soin de sa sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interactions complexe avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relations formelles *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Évaluation des besoins de l'enfant ou du jeune

Pour chaque item, l'enfant ou le jeune a-t-il pu jusqu'à aujourd'hui développer ses capacités conformément à son âge? Si oui, cocher " <i>conforme au groupe d'âge</i> ", si non, cocher " <i>individualisé</i> "	Conforme au groupe d'âge	Individualisé	Remarques / Explications (A remplir chaque fois que la case "individualisé" est cochée)
6.1. Développement général / apprentissage			
6.1.1. Expérimenter l'oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.2. Ressentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.3. Regarder et écouter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.4. Concentrer son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.5. Prendre des informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.6. Acquérir le langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.7. Assimiler des concepts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.8. Lire, écrire et calculer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.9. Imiter/contrefaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.10. Acquérir un savoir-faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.11. S'exercer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.12. Résoudre des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.1.13. Prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2. Attitude face aux exigences			
6.2.1. Suivre des routines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.2. Régler son propre niveau d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.3. Supporter le stress/la pression psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.4. Prendre des responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.5. Effectuer des tâches simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.6. Maîtriser des tâches simples en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.7. Effectuer des tâches complexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.2.8.	Pouvoir s'adapter à des données extérieures lors de la réalisation de tâches complexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.9.	Accepter la nouveauté d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.10.	Rencontrer des personnes et faire face à des situations de manière adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2.11.	Gérer son propre comportement et son propre niveau d'activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3. Communication				
6.3.1.	Réagir à la voix humaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.2.	Comprendre des messages oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.3.	Savoir interpréter des gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.4.	Comprendre des dessins/symboles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.5.	Comprendre des messages écrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.6.	S'exprimer de manière préverbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.7.	Chanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.8.	Utiliser le langage du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.9.	Utiliser des symboles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.10.	Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.11.	Produire des messages écrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.12.	Pouvoir échanger avec d'autres – par le geste ou la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.13.	Mener une conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3.14.	Mener une discussion avec une ou plusieurs personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4. Mouvement et mobilité				
6.4.1.	Rester dans une position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.2.	Changer de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.3.	Marcher à quatre pattes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.4.	Se tenir assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.5.	Se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.6.	Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.7.	Courir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.8.	Nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.4.9. Tenir des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.10. Soulever et porter des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.11. Saisir et manipuler des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.12. Lancer et attraper des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.13. Utiliser un instrument pour écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.14. Se déplacer dans un espace fermé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.15. Se déplacer dans un espace ouvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.16. Se déplacer avec un tricycle ou à vélo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4.17. Utiliser des transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5. Prise en charge autonome			
6.5.1. Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.2. Soigner son corps (ex: dents, peau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.3. Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.4. S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.5. Indiquer le besoin de boire/manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.6. Manger/boire avec une assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.7. Manger/boire de manière autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.8. Veiller à une alimentation saine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.9. Faire attention à sa santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6. Contact avec les autres			
6.6.1. Réagir aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.2. Engager et maintenir le contact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.3. Réguler son comportement relationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.4. Interagir conformément aux règles sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.5. Avoir des contacts avec les proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.6. Avec les pairs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.7. Avec des connaissances et des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.8. Avec des étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.9. Avec l'enseignant / le personnel pédagogique thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.7. Autres précisions			
6.6.10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6.13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques:

7. Informations du représentant de l'autorité scolaire

Sont reconnus comme représentants de l'autorité scolaire:

Directeur(trice), l'assistant(e) d'inspection scolaire, l'assistant(e) socio-éducatif des villes, autres assistant(e)s ou autres répondant(e)s mandaté(e)s comme tels/telles par leur direction scolaire.

Nom, prénom	
Fonction	
No de téléphone / mobile	
Courriel	

⇒ Bilan intellectuel

Un bilan intellectuel a-t-il été établi?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui, par qui? *	<input type="checkbox"/> OCOSP <input type="checkbox"/> CNPea <input type="checkbox"/> Neuropsychologue
Nom, prénom	
No de téléphone / mobile	
Courriel	
Date du bilan	

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

⇒ Annonce et questionnement

La situation a été évoquée initialement par	
Le (date)	
Résumé du questionnement / synthèse de la problématique	

⇒ Proposition éventuelle d'orientation

Dans le cas où le réseau demandeur a imaginé une orientation vers une école spécialisée spécifique du canton, veuillez préciser à titre indicatif celle-ci.

Pas de proposition particulière	<input type="checkbox"/> (Le réseau sollicite la commission d'indication pour le déterminer)
Proposition éventuelle de l'école spécialisée	Les Perce-Neige <input type="checkbox"/> CP, Malvilliers <input type="checkbox"/> Ceras <input type="checkbox"/>
S'il s'agit d'une orientation hors canton, préciser	
Raisons de la proposition:	

Lieu et date:

Signature de l'autorité scolaire

Autorisation

En signant cette formule, **le/la représentant(e) légal(e)** de l'enfant, de l'élève, du jeune ou le jeune majeur lui-même **autorise** toutes les personnes et tous les offices entrant en considération ; en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie, les organismes publics, à donner à l'office de l'enseignement spécialisé **les renseignements** nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations.

La personne soussignée autorise également l'office à transmettre les informations nécessaires au suivi scolaire et/ou pédago-thérapeutique.

L'accord des titulaires de l'autorité parentale est-il acquis?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Remarques particulières	

Lieu et date:

Signature du/de la représentant(e) légal(e):

Annexes obligatoires:

Formulaire rapport médical

Formulaire bilan de l'intervenant en orthophonie

Formulaire bilan de l'intervenant en psychomotricité

Formulaire bilan de l'intervenant en ergothérapie

Formulaire bilan de l'intervenant en physiothérapie

Autres bilans ou rapports:

(sauf en cas de transfert entre écoles spécialisées)

A préciser: