*(Laisser en blanc)*

**Signalement**

**Suivi de situations d’élèves à haut potentiel intellectuel (HPI)**

**Scolarisés dans le canton**

***Seuls les formulaires originaux, complets, signés et qui répondent aux critères seront traités***

|  |  |
| --- | --- |
| Identité de l’élève | |
| Nom : Prénom :  *(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) :  La situation a été évoquée initialement par :  \* Directeur-trice, directeur-trice adjoint-e de cycle ou assistant-e scolaire du service socio-éducatif mandaté-e par sa direction. | |
| Coordonnées du ou des représentant-s légal-aux | |
| Père | Mère |
| Nom :  Prénom :  Date de naissance :  *(j/m/a)*  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Adresse courriel : | Nom :  Prénom :  Date de naissance :  *(j/m/a)*  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Adresse courriel : |
| **Détenteur-s de l’autorité parentale :** **père et mère**  **père**   **mère** | |

|  |
| --- |
| Motif du signalement ***Rubrique à remplir par l'enseignant-e titulaire*** |
| Quelles sont les difficultés de l'élève motivant le signalement ? |
| 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 ? |
| Quelles mesures d’adaptation ont été mises en place pour l’élève ?  Quels bénéfices ces mesures ont-elles apportés ? |
| Quelles difficultés persistent encore ? |

**\* Le Projet Pédagogique Individualisé (PPI) et-ou le livret de suivi établi-s par l’école est-sont 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 (OES)***

Nom et prénom de l'enseignant Modalités\*

de soutien :

SPSM

Élèves sourds ou malentendants

SPS - CPHV

Élèves malvoyants ou aveugles

SPS HM - TSA

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

SPS - UAL

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), s'il s'agit de mesures individuelles ou en groupe.*

Date :       Signature de l'enseignant-e titulaire

|  |
| --- |
| Appréciation de l'autorité scolaire ***Rubrique à remplir par le ou la représentant-e de l'autorité scolaire*** |

***Annonce et questionnement***

Résumé de la problématique (évaluation, parcours et projet scolaire)

***Annexes à joindre***

Rapport du ou de la psychologue

Mesures d'adaptation validées par la direction

Projet pédagogique individualisé (PPI) si existant

*Un exemple de canevas est disponible sur le site de l’OES*

Livret de suivi (Arrêté BEP)

Copie du dernier bulletin scolaire

Date :       Signature du ou de la représentant-e de l'autorité scolaire

###### Informations complémentaires *Rubrique à remplir par le-s représentant-s légal-aux*

***Suivi social de l’enfant ou du jeune***

|  |
| --- |
| 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 :  Adresse courriel : |

***Coordonnées de l'institution d'accueil ou de la famille de jour***

|  |
| --- |
| L’élève est-il accueilli en institution ou dans une famille de jour ?OUI  NON  Si oui, nom et prénom :  Adresse :       No 🕿 / mobile :  NP Localité :       Adresse courriel :  Depuis le : |

***Indications concernant le médecin de référence***

|  |
| --- |
| Nom et prénom :  Spécialité :  Adresse :  No 🕿/mobile :  NP Localité :  Adresse courriel : |

***Bilan intellectuel***

Par qui le bilan intellectuel\* a-t-il été établi ? OCOSP  CNPea  Autre

Nom et prénom :

No 🕿 :

Courriel :

Date du bilan :

*\* Joindre au signalement le rapport du ou de la psychologue, sous pli fermé.*

***Autres documents***

Tout document pertinent pour la compréhension de la situation de l’élève peut être joint.

A préciser :

***Prises en charge actuelles***

Nom et prénom des prestataires Modalités\*

Logopédie/Orthophonie

Psychomotricité

Ergothérapie

Physiothérapie

Psychothérapie

Autres

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

|  |
| --- |
| ***Rapport du-de la psychologue***  C:\Documents and Settings\MiccioR\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\LHB2YJRT\MC900411320[1].wmfTout signalement doit être obligatoirement accompagné du rapport du ou de la psychologue qui a effectué le bilan.  **Autorisation**  Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’élève 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, et les organismes publics) à donner à l’OES les renseignements nécessaires à l’analyse et au suivi de la situation. |

**Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux atteste-nt avoir pris connaissance des pages   
1 à 7 du présent formulaire et donne-nt leur accord au signalement de leur enfant afin que la situation soit examinée par la personne ressource mandatée par l’OES.**

**Le dépôt du signalement ne présuppose pas le bénéfice d’un suivi.**

|  |
| --- |
| La ou les personne-s soussignée-s autorise-nt également l’OES à transmettre les informations nécessaires au suivi scolaire et-ou pédago-thérapeutique. |

Lieu et date :

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

**Guide pour un signalement à l'OES :**

L'enseignant-e titulaire :

* complète les pages 1 (point 1), 2 et 3.

Le ou la représentant-e de l'autorité scolaire :

* complète la page 1 (point 2) et la page 4.

Le-s représentant-s légal-aux :

* complète-nt les pages 1 (point 3), 5 et 6, date-nt et appose-nt leur signature manuscrite à la page 6.

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

1. Le ou la représentant-e de l'autorité scolaire a pour tâche de récolter toutes les annexes (liste à la page 4) et d'envoyer le formulaire de signalement complet à l'OES.
2. La situation sera traitée uniquement lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.