*(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