*(Laisser en blanc)*

**Demande de mesure renforcée**

**Éducation précoce spécialisée - Service éducatif itinérant (SEI)**

**Centre pédagogique pour handicapés de la vue (CPHV)**

***Seules les demandes originales, signées et qui répondent aux critères d'octroi seront traitées***

|  |  |
| --- | --- |
| Identité de l’enfant | |
| NOM : Prénom-s :  *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*  Date de naissance :       *(j/m/a)* féminin  masculin  Adresse :      NPA + localité :  No 🕿 :        N° AVS :  Langue-s première-s :      Autre-s langue-s :  Accueil extrafamilial  Préciser :  Vivant en Suisse depuis la naissance  depuis le : | |
| Crèche- Atelier | |
| Nom :  Adresse :      NPA + localité :  No 🕿 :        Nom de la personne responsable : | |
| 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** | |

|  |
| --- |
| Motif de la demande ***À remplir par le-s représentant légal-aux*** |
| Date de la demande d’évaluation de la vison fonctionnelle :Date de l’évaluation de la vison fonctionnelle : |
| Résumé de la problématique |
| Par quelles personnes les difficultés ont-elles été identifiées ?    Quand ? |
| Quelles sont les difficultés de l'enfant motivant la demande (données sur le développement de l'enfant, notamment au niveau affectif, langagier et moteur) ?    Quelles sont ses réactions face à ces difficultés ? |
| Qu’a-t-il a été mis en place à la maison pour répondre aux besoins de l'enfant ? |
| Quels sont les ressources ou points forts de l'enfant et de la famille ? |

|  |
| --- |
| Informations complémentaires ***À remplir par le-s représentant-s légal-aux*** |

***Suivi social de l'enfant***

|  |
| --- |
| 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 🕿 :  NP + Localité :  Courriel : |

***Coordonnées de l'institution d'accueil ou de la 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 :  Courriel :  Depuis le : |

***Indications concernant le ou la 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 à la demande le rapport du psychologue, sous pli fermé.*

***Prises en charge actuelles***

Nom et prénom des prestataires Modalités\*

Logopédie/Orthophonie

Psychomotricité

Ergothérapie

Physiothérapie

Psychothérapie

Éducation précoce spécialisée

Intervention précoce en autisme (IPA)

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 médical***

Toute première demande doit **obligatoirement** être accompagnée d'un rapport médical de l’ophtalmologue

***Annexes***

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

*Logopédie/orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie*

Le cas échéant, rapport du CPHV ou évaluation de la vision fonctionnelle

Autres bilans ou rapports Á préciser :      

|  |
| --- |
| Autorisation Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'enfant (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’OES 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 5 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**

**Guide pour une demande à l'OESN :**

Le-s représentant-s légal-aux :

* complète-nt les pages 1 à 4 et appose-nt leur signature manuscrite à la page 4 ;
* demande-nt un rapport médical à l’ophtalmologue.

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

1. Le-s représentant-s légal-aux a-ont pour tâche de récolter toutes les annexes (liste à page 4) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OESN.
2. L’ophtalmologue transmet le rapport médical sous pli confidentiel à l'OESN.
3. La demande sera traitée uniquement lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.