**Demande de prolongation de scolarisation en école spécialisée**

**Enfant/Adolescent scolarisé**

|  |
| --- |
| NOM, Prénom-s : |
| Date de naissance : |
| Représentant-e légal-e 1  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Représentant-e légal-e 2  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Tutelle  Curatelle  NOM, Prénom et téléphone : |
| Médecin traitant (NOM  NOM, Prénom et téléphone) : |
| **Scolarité**  Fondation Les-Perce-Neige  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Filière polyhandicap  Filière handicap mental  Filière TSA  Filière classe intégrée  Scolarité mixte oui  non  Internat oui  non  Centre pédagogique de Malvilliers  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Classe intégrée oui  non  Internat oui  non  École spécialisée du CERAS  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Phase 1 Phase 2  Phase 3  Classe intégrée oui  non  Prolongation demandée jusqu’au 31 juillet de l’année : |

**Résumé de la problématique par la personne responsable (de filière ou pédagogique) :**

Date :       Signature :       NOM, Prénom :

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Date : | NOM, Prénom de la direction | |
|  | Signature de la direction | |

|  |
| --- |
| **Projet scolaire ou post-scolaire envisagé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Elèves Perce-Neige uniquement - Projet à l’âge adulte – orientation et accompagnement** |
| Le service d’accompagnement et d’hébergement de l’adulte (SAHA) est chargé de répondre adéquatement au besoin de prise en charge des personnes adultes vivant avec un handicap. Votre enfant approche de la transition à l’âge adulte, âge à partir duquel il/elle pourrait bénéficier d’accompagnement en fonction de l’évaluation de ses besoins et choix de vie.  A ce titre, acceptez-vous que les données de ce formulaire soient transmises au service d’accompagnement et d’hébergement de l’adulte (SAHA), responsable de la planification et du dispositif d’orientation à l’âge adulte ?  oui  non  *Renseignements auprès du service d’accompagnement et d’hébergement de l’adulte (SAHA) 032 889 66 43* |

**Autorisation**

Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant/l’adolescent ou l’adolescent majeur lui-même,   
autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l’enfant/l’adolescent ou de l’adolescent majeur (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’office de l’enseignement spécialisé (OESN) 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 donne-nt leur accord à l’analyse de la demande.

Le dépôt de la demande ne présuppose pas l’octroi d’une mesure.

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | Signature de l’autorité parentale |

Dans tous les cas, joindre à la présente demande le rapport de synthèse.