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

**Enfant/Adolescent scolarisé**

|  |
| --- |
| NOM, Prénom-s :       |
| Date de naissance :       |
| Représentant-e légal-e 1NOM, Prénom :      Adresse :      Date de naissance :      Téléphone :      Autorité parentale : Oui [ ]  Non [ ]  |
| Représentant-e légal-e 2NOM, Prénom :      Adresse :      Date de naissance :      Téléphone :      Autorité parentale : Oui [ ]  Non [ ]  |
| Tutelle [ ]  Curatelle [ ] NOM, Prénom et téléphone :       |
| Médecin traitant (NOMNOM, Prénom et téléphone) :       |
| **Scolarité**Fondation Les-Perce-NeigeNombre 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 MalvilliersNombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Classe intégrée oui [ ]  non [ ]  Internat oui [ ]  non [ ] École spécialisée du CERASNombre 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** |
|       |

|  |
| --- |
| **Transition à l’âge adulte (uniquement pour les élèves de 11° année et plus)** |
| Nous souhaitons entamer un processus d’orientation sociale pour notre enfant en vue d’une admission en atelier protégé ou en centre de jour, avec ou sans hébergement à l’âge adulte : oui [ ]  non [ ] Si oui, lequel :      Un projet de formation ou de vie est-il déjà prévu ? oui [ ]  non [ ] Si oui, lequel :      *Renseignements auprès du service d’accompagnement et d’hébergement pour 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.