*(Laisser en blanc)*

Demande de réorientation d'élèves entre écoles spécialisées du canton

*Formulaire à transmettre à l’office de l’enseignement spécialisé (OESN) par l’école demandant la réorientation de l’élève*

|  |
| --- |
| 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 (NOM, Prénom et téléphone) :       |
| Scolarisation actuelleCERAS [ ]  CP Malvilliers [ ]  Fondation Les Perce-Neige [ ] Depuis le : Scolarisation futureCERAS [ ]  CP Malvilliers [ ]  Fondation Les Perce-Neige [ ] Dès le : Jusqu’au :      Motif du changement d’école :       |

Lieu et date :

La direction de l'école actuelle La direction de la future école Le-s représentant-s légal-aux

**Annexes***:* *[ ]* rapports de synthèse [ ]  autres :