*(Laisser en blanc)*

**Demande de mesure renforcée**

**Logopédie/Orthophonie**

**Nouvelle demande**  **Demande de prolongation**

**Le document original, rempli par les parents et éventuellement l'école, doit être remis en intégralité au-à la logopédiste pour sa transmission, dûment complété et signé, à l'office de l'enseignement spécialisé (OESN)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |
| Enfant non scolarisé  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 🕿, courriel) :  La situation a été évoquée initialement par :  \* Direction, direction adjointe de cycle, 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 🕿/mobile :  Courriel : | Nom :  Prénom :  Date de naissance :       *(j/m/a)*  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Courriel : |
| **Autorité parentale : Oui**  **Non**  **Autorité parentale : Oui**  **Non** | |

|  |
| --- |
| Informations complémentaires |

***Suivi social de l'enfant ou du jeune***

|  |
| --- |
| 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 🕿/mobile :  NP Localité :       Courriel : |

***Indications concernant la ou le médecin de référence***

|  |
| --- |
| Nom et prénom :  Spécialité :  Adresse :  No 🕿/mobile :  NP Localité :  Courriel : |

***Demande d’examen en vue d’une indemnité pour frais de déplacement***

|  |
| --- |
| 1. Sur demande du ou des représentant-s légal-aux, l’OESN examine le droit à une indemnité pour frais de déplacement en lien avec la prestation en logopédie/orthophonie octroyée. 2. Il n’est pas octroyé d’indemnité pour des déplacements effectués au sein d’une même commune ou si l’enfant et le jeune est déjà au bénéfice d’un abonnement de transport financé par la commune (ex : transport scolaire). Les trajets sont remboursés en dehors du périmètre de la commune, dès 3 km par trajet, soit 6km aller-retour. 3. Lorsqu’une indemnité est octroyée, son droit commence le jour de la date de décision rendue par l’OES. En pareil cas, l’indemnité est déterminée par les critères suivants :    * tout au plus, l’indemnité prend en compte les frais de déplacement pour atteindre le prestataire compétent le plus proche du lieu de domicile ;    * si le demandeur choisit de lui-même un prestataire plus éloigné, il doit prendre à sa charge le surcoût ;    * pour définir le montant de l’indemnité, l’OES détermine la situation la plus économique. Il se base sur la référence d’une indemnité de Fr. 0.45 par km. La référence au prix des transports publics n’est privilégiée que dans la mesure où celle-ci est d’un montant inférieur au calcul kilométrique.   Ayant pris connaissance des conditions d’octroi, en qualité du ou des représentant-s légal-aux, je sollicite l’OESN pour examiner le droit à une éventuelle indemnité pour frais de transport : **Oui**   **Non**  Mon fils ou ma fille bénéficie d’un abonnement de transport payé  par un tiers (ex : commune) **Oui**   **Non**  En vue d'un éventuel remboursement, veuillez compléter les champs suivants :  Nom et prénom du bénéficiaire du compte :  Coordonnées postales :No de CCP :  Code IBAN :  ou coordonnées bancaires : Nom de la banque :  Nom de la succursale :  No de clearing :       No de compte :  Code IBAN : |

|  |
| --- |
| 1. **Observations (par exemple école, crèche, parents, médecins, etc.)**   **Spécifier l’auteur-e de l’observation**  ***Pas obligatoire*** |
|  |

|  |
| --- |
| 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'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’OESN les renseignements nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande et de l’octroi de prestations. |

**Attention**

* Toute demande doit être accompagnée du rapport logopédique initial ou du rapport logopédique de prolongation, disponibles sur notre site, dûment rempli et signé.
* Seuls les bilans donnant lieu à une décision favorable de l’OESN sont remboursés par l’office. En cas inverse, le-s représentant-s légal-aux participe-nt aux frais de bilan selon les règles en vigueur.

**Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux atteste-nt avoir pris connaissance des pages   
1 à 3 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

ou de l’adolescent si majeur