*(Laisser en blanc)*

**Demande de mesures renforcées
Établissement d'un bilan en psychomotricité**

**Signalement par la ou le médecin**

**Pour les enfants en âge préscolaire ou sans signalement de l’école**

***Seules les demandes originales, signées seront traitées***

|  |
| --- |
| 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 : |
| 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 🕿/mobile :      Courriel :       |
| **Autorité parentale : oui** [ ]  **non** [ ]  **Autorité parentale : oui** [ ]  **non** [ ]   |
| Coordonnées de la ou du médecin de référence |
| Nom et prénom : Spécialité : Adresse :  No 🕿 : NPA + Localité :  Courriel :  |
| Motif |
|       |
| Questions *À remplir par la ou le médecin* |
| Une réponse positive à une des questions implique une évaluation approfondie en psychomotricité pour l'enfant.Par rapport aux jeunes de son âge, l’enfant ou le jeune :1. **Se conduit et s'organise corporellement de façon différente de ses pairs**

Oui [ ]  Non [ ] 1. **S'ajuste et s'adapte aux autres et aux objets de manière différente de ses pairs**

Oui [ ]  Non [ ] 1. **S'oriente, se repère dans l'espace, voire dans le temps (en fonction de son âge) de façon différente de ses pairs**

Oui [ ]  Non [ ] 1. **Autres difficultés constatées en lien avec le développement psychomoteur**

Oui [ ]  Non [ ] Si oui, lesquelles :  |

Un montant de 140 francs sera facturé à-aux représentant-s légal-aux si l'OESN n'entre pas en matière pour l'octroi d'une mesure renforcée en psychomotricité.

Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant ou du jeune autorise-nt l’OESN à transmettre à la ou au thérapeute en charge de la prestation les informations médicales jointes à cette demande.

Lieu et date :

Signature de la ou du médecin de référence Signature du ou des représentant-s légal-aux

 NOM, Prénom