*(Laisser en blanc)*

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

**Enfants ou jeunes scolarisés**

***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 : |
| Scolarité |
| 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 🕿, adresse courriel) :\* Direction, direction adjointe de cycle ou 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 🕿 :      Courriel :       | Nom :      Prénom :      Date de naissance :       *(j/m/a)*Adresse :     NPA + localité : No 🕿 :      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 :  |
| Remarques |
|       |

**Attention**

Le formulaire de signalement qui figure à la page 3 de ce document doit être obligatoirement rempli.

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.

**Enseignant-e titulaire**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Enseignant-e de soutien**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Représentant-e de l’autorité scolaire**

Nom, prénom :

Lieu et date : Signature :

**Représentant-s légal-aux ou adolescent si majeur**

Lieu et date : Signature :

**FORMULAIRE DE SIGNALEMENT**

**Quelles sont les difficultés rencontrées par l’enfant, depuis quand et dans quel-s contexte-s ?**

|  |  |
| --- | --- |
| Concernant la motricité globale (équilibre, coordinations, tonus, etc.) :       | Aucune [ ]  |
| Concernant la motricité fine (manipulations et coordinations fines, utilisation d’outil, graphomotricité, etc.) :       | Aucune [ ]  |
| Concernant l’orientation, la représentation de l’espace et du temps :       | Aucune [ ]  |
| Concernant la relation et la communication avec ses pairs et les adultes, sa gestion des émotions et leur expression verbale et non verbale, son attitude face au travail et en classe :      | Aucune [ ]  |
| Autres observations (sensorialité, autonomie, attention, etc.) :      | Aucune [ ]  |

**Quelles mesures pédagogiques et quels aménagements ont déjà été mis en place (qu’est ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas) ?**

|  |
| --- |
|       |

**Quelles autres mesures d’aide et/ou thérapeutiques ont déjà été prises (en cours ou terminées) ?**

|  |
| --- |
|       |

**Quelles sont les personnes qui interviennent déjà dans la situation ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom  | Prénom  | Spécialité |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Autres remarques, compléments d’information :**

|  |
| --- |
|       |