*(Laisser en blanc)*

**Demande de prolongation de mesures renforcées**

**Éducation précoce spécialisée - Service éducatif itinérant (SEI)**

**Centre pédagogique pour handicapés de la vue (CPHV)**

***Seules les demandes originales, signées et qui répondent aux critères d'octroi seront traitées***

|  |  |
| --- | --- |
| Identité de l’enfant | |
| NOM : Prénom-s :  *(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)*  Date de naissance :       *(j/m/a)* féminin  masculin  Adresse :      NPA + localité :  No 🕿 :        N° AVS :  Langue-s première-s :      Autre-s langue-s :  Accueil extrafamilial  Préciser :  Vivant en Suisse depuis la naissance  depuis le : | |
| Crèche-Atelier | |
| Nom :  Adresse :      NPA + localité :  No 🕿 :        Nom de la personne responsable : | |
| Coordonnées du ou des représentant-s légal-aux | |
| Représentant légal-e 1 | Représentant légal-e 2 |
| Nom :  Prénom :  Date de naissance :       *(j/m/a)*  Adresse :  No 🕿 :  Courriel : | Nom :  Prénom :  Date de naissance :      *(j/m/a)*  Adresse :  No 🕿 :  Courriel : |
| **Autorité parentale : oui**  **non**   **Autorité parentale : oui**  **non** | |

|  |
| --- |
| Motif de la demande ***À remplir par l’éducateur ou l’éducatrice du SEI*** |
| Les mesures d'EPS mises en place ont-elles apporté des bénéfices à l'enfant ? Si oui lesquels ? |
| Quels sont les motifs justifiant une demande de prolongation, notamment les difficultés dans le domaine sensoriel ? |
| Quels sont les progrès de l'enfant : |
| Quels sont les ressources ou points forts de l'enfant et de la famille ? |
| Quel est le projet prévu en cas de prolongation de mesure ? |
| Mesure ***À remplir par l’éducatrice ou l’éducateur du SEI*** |
| La mesure d'éducation précoce spécialisée est nécessaire au développement de l'enfant :  Oui Non  **Suivi**  Conseils : Stimulations:  Intensité désirée :   * 1 fois à quinzaine * 1 fois par semaine * À justifier :   Date début de suivi : |
| Identification de l’éducatrice ou de l’éducateur du SEI |
| Service éducatif itinérant (SEI) dépendant du CPHV  Éducatrice ou éducateur du SEI :  No 🕿 :  Courriel : |

***Annexes***

Projet d'éducation précoce spécialisée (PEPS)

Appréciation des intervenant-es pédago-thérapeutiques ou thérapeutiques  (Datant de moins de 6 mois)

*Logopédie/orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie*

Rapport de suivi du SEI-CPHV

Rapport médical de l’ophtalmologue en cas d’établissement

d’un nouveau rapport datant de moins d’un an

Autres bilans ou rapports Á préciser :      

**Conditions générales pour l’établissement d’une demande de prestation :**

* La demande doit répondre aux critères d’octroi reconnus.
* La demande comprend l’accord écrit du ou des représentant-s légal-aux.

Lieu et date :       Signature de l’éducatrice ou de l’éducateur du SEI

Lieu et date :       Signature de la ou du responsable du SEI

|  |
| --- |
| Informations complémentaires ***À remplir par le-s représentant-s légal-aux*** |

***Suivi social de l'enfant***

|  |
| --- |
| 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 🕿 :  NP + Localité :       Courriel : |

***Coordonnées de l'institution d'accueil ou de la famille de jour***

|  |
| --- |
| L'enfant est-il accueilli en institution ou dans une famille de jour ?OUI  NON  Si oui, nom et prénom :  Adresse :       No 🕿/mobile :  NP Localité :       Adresse courriel :  Depuis le : |

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

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

***Bilan intellectuel***

Un bilan intellectuel a-t-il été établi ? oui  non

Si oui, par qui ? \* OCOSP  CNPea  Autre

Nom et prénom :

No 🕿 :

Courriel :

Date du bilan :

*\* Joindre à la demande le rapport de la ou du psychologue, sous pli fermé.*

***Prises en charge actuelles***

Nom et prénom des prestataires Modalités\*

Logopédie/Orthophonie

Psychomotricité

Ergothérapie

Physiothérapie

Psychothérapie

Éducation précoce spécialisée

Intervention précoce en autisme (IPA)

Autres

*\* pour les modalités, il y a lieu de préciser : depuis quelle date, dans quels buts, la fréquence (nombre de fois par semaine), s'il   
 s'agit de mesures individuelles ou en groupe.*

|  |
| --- |
| Autorisation Par leur signature, le-s représentant-s légalaux de l’enfant autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'enfant (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.  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 atteste-nt avoir pris connaissance des pages 1 à 6 du présent formulaire ainsi que du PEPS 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**

**Guide pour une demande à l'OESN :**

L’éducatrice ou l’éducateur du SEI :

* Complète les pages 1 (points 1 et 2), 2 et 3 ainsi que le PEPS à l'aide du glossaire et signe la page 3.

La ou le responsable du SEI :

* date et signe la page 3.

Le ou les représentant-s légal-aux :

* complète-nt les pages 1 (point 3) et 4, date-nt et appose-nt leur signature manuscrite à la page 5 ainsi que sur le PEPS figurant en annexe.

C:\Documents and Settings\MiccioR\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\LHB2YJRT\MC900411320[1].wmf

1. L’éducatrice ou l’éducateur du SEI a pour tâche de récolter toutes les annexes (liste à page 3) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OESN.
2. La demande sera traitée lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.