**Demande de prolongation de scolarisation en école spécialisée**

**Enfant/Adolescent scolarisé**

|  |
| --- |
| NOM, Prénom-s : |
| Date de naissance : |
| Représentant-e légal-e 1  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Représentant-e légal-e 2  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Tutelle  Curatelle  NOM, Prénom et téléphone : |
| Médecin traitant (NOM  NOM, Prénom et téléphone) : |
| **Scolarité**  Fondation Les-Perce-Neige  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Filière polyhandicap  Filière handicap mental  Filière TSA  Filière classe intégrée  Scolarité mixte oui  non  Internat oui  non  Centre pédagogique de Malvilliers  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Classe intégrée oui  non  Internat oui  non  École spécialisée du CERAS  Nombre d’année-s de scolarité (de 1 à 15) :  Phase 1 Phase 2  Phase 3  Classe intégrée oui  non  Prolongation demandée jusqu’au 31 juillet de l’année : |

**Résumé de la problématique par la personne responsable (de filière ou pédagogique) :**

Date :       Signature :       NOM, Prénom :

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Date : | NOM, Prénom de la direction | |
|  | Signature de la direction | |

|  |
| --- |
| **Projet scolaire ou post-scolaire envisagé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Transition à l’âge adulte (uniquement pour les élèves de 11° année et plus)** |
| Nous souhaitons entamer un processus d’orientation sociale pour notre enfant en vue d’une admission en atelier protégé ou en centre de jour, avec ou sans hébergement à l’âge adulte : oui  non  Si oui, lequel :  Un projet de formation ou de vie est-il déjà prévu ? oui  non  Si oui, lequel :  *Renseignements auprès du service d’accompagnement et d’hébergement pour l’adulte (SAHA) 032 889 66 43* |

**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’enfant/l’adolescent ou de l’adolescent majeur (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l’office de l’enseignement spécialisé (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 donne-nt leur accord à l’analyse de la demande.

Le dépôt de la demande ne présuppose pas l’octroi d’une mesure.

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | Signature de l’autorité parentale |

Dans tous les cas, joindre à la présente demande le rapport de synthèse.