**PES – PROCÉDURE D’ÉVALUATION STANDARDISÉE**

**Demande de prolongation de mesure renforcée de pédagogie spécialisée**

**Enfant non scolarisé**

|  |
| --- |
| NOM, Prénom-s : |
| Date de naissance : |
| Représentant-e légal-e 1  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Courriel :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Représentant-e légal-e 2  NOM, Prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Téléphone :  Courriel :  Autorité parentale : Oui  Non |
| Tutelle  Curatelle  NOM, Prénom, téléphone et courriel : |
| Médecin traitant (NOM, Prénom, téléphone et courriel) : |
| Coordonnées de la structure pré-scolaire (NOM, Prénom, téléphone et courriel de la personne responsable) : |

**Résumé de la problématique par la personne responsable (ou sur délégation) :**

|  |
| --- |
|  |

Date : NOM, Prénom de la personne responsable

Signature de la personne responsable

**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

Joindre le rapport de l’intervenant-e en éducation précoce spécialisé.

En cas de modification de l’avis médical, celui-ci est envoyé par courrier à l’OESN. Idem pour le ou les rapport-s psychologique-s (si existant-s).