*(Laisser en blanc)*

**Demande de prolongation de mesure renforcée**

**Institution hors canton**

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

|  |
| --- |
| Identité de l'élève  |
| NOM :       Prénom-s :      Date de naissance :       *(j/m/a)* féminin [ ]  masculin [ ] Adresse :       NPA + localité :       |
| Scolarité |
| Nom de l’établissement hors canton :       Adresse :      Enseignant-e :       No 🕿 :       Courriel :       Enseignant-e :       No 🕿 :       Courriel :       Coordonnées du/de la directeur (trice) (NOM, Prénom, fonction, no 🕿, adresse courriel) :     Prolongation demandée jusqu'au :       |
| Représentant-s légal-aux |
| Représentant-e légal-e 1 |  Représentant-e légal-e 2 |
| NOM :      Prénom :      Adresse :      Date de naissance :      NP + localité:      No 🕿 :      Courriel :       |  NOM :       Prénom :       Adresse :      Date de naissance :       NP + localité:       No 🕿 :       Courriel :       |
| **Autorité parentale** : oui [ ]  non [ ]  **Autorité parentale** : oui [ ]  non [ ]   |

|  |
| --- |
| 1. **Motif de la demande**

 ***Rubrique à remplir par la directrice ou le directeur de l'établissement hors canton*** |
| Expliquer le projet scolaire envisagé, en donner les raisons et les éventuelles limites      |
| Les mesures mises en place ont-elles apportés des bénéfices à l'élève ? Si oui, lesquels ?       |
| Quels sont les motifs justifiant une demande de prolongation ?       |
| Quels sont les progrès de l'élève ?      |
| Quels sont les ressources ou points forts de l'élève ?      |

***Annexes à joindre***

Projet pédagogique individualisé (PPI) [ ]

*Un exemple de canevas est disponible sur le site de l'OES*

Dernier rapport de synthèse [ ]

Rapport du corps enseignant [ ]

Appréciation de l’intervenant-e (pédago) thérapeutique [ ]  (datant de moins de 6 mois)

*Logopédie/Orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie*

Autres bilans ou rapport [ ]  À préciser :

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

L'OESN assure le suivi des dossiers transmis par l'office de liaison neuchâtelois (SPAJ), au sens de l'article 10 et 11 de la convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS).

Date :       Signature de la directrice ou du directeur de l'établissement hors canton :

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

***Suivi social de l'enfant/l’adolescent***

|  |
| --- |
| Curatelle [ ]  Tutelle [ ]  Assistant-e-social-e sans mandat officiel ou judiciaire [ ]  Autre **[ ]** NOM, Prénom de la personne responsable :      Nom de l'institution (le cas échéant) :      Adresse :       No 🕿 :      NP + Localité :       Courriel :       |

***Médecin de référence***

|  |
| --- |
| NOM, Prénom :      Spécialité :      Adresse :       No 🕿 :      NP + Localité :       Courriel :       |

***Autres documents***

Tout document pertinent pour la compréhension de la situation de l'enfant/l’adolescent peut être joint.

À préciser :

|  |
| --- |
| AutorisationPar leur signature, le ou les représentant-s légal-aux de l'élève autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (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 4 du présent formulaire 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-e légal-aux

**Guide pour une demande à l'OESN**

La directrice ou le directeur de l'établissement hors canton :

* complète les pages 1 (points 1 et 2) et 2 et signe à la page 2.

Le-s représentant-s légal-aux :

* complète-nt les pages 1 (point 3) et 3, date-nt et appose-nt leur signature manuscrite à la page 3.

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

1. La directrice ou le directeur de l'établissement hors canton a pour tâche de récolter toutes les annexes (liste à la page 2) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OESN.
2. La demande sera traitée uniquement lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.