*(Laisser en blanc)*

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

**Signalement par la ou le médecin**

**Pour les enfants en âge préscolaire ou sans signalement de l’école**

***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 : | |
| 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 🕿/mobile :  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 : | |
| Motif | |
|  | |
| Questions*À remplir par la ou le médecin* | |
| Une réponse positive à une des questions implique une évaluation approfondie en psychomotricité pour l'enfant.  Par rapport aux jeunes de son âge, l’enfant ou le jeune :   1. **Se conduit et s'organise corporellement de façon différente de ses pairs**   Oui  Non   1. **S'ajuste et s'adapte aux autres et aux objets de manière différente de ses pairs**   Oui  Non   1. **S'oriente, se repère dans l'espace, voire dans le temps (en fonction de son âge) de façon différente de ses pairs**   Oui  Non   1. **Autres difficultés constatées en lien avec le développement psychomoteur**   Oui  Non  Si oui, lesquelles : | |

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.

Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux de l’enfant ou du jeune autorise-nt l’OESN à transmettre à la ou au thérapeute en charge de la prestation les informations médicales jointes à cette demande.

Lieu et date :

Signature de la ou du médecin de référence Signature du ou des représentant-s légal-aux

NOM, Prénom