# Demande d'orientation à l'École spécialisée du Ceras

1. **Données personnelles de l'enfant / du jeune**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom(s) |  |
| Adresse |  |
| NPA + localité |  |
| No de téléphone |  |
| Date de naissance (j/m/a) | féminin  masculin |
| Langue maternelle |  |
| Vivant en Suisse | depuis le depuis la naissance |
| N° AVS |  |

1. **Contexte scolaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Année scolaire (Harmos) |  |
| Autre (à préciser) |  |
| Nom de l'école |  |
| Adresse, NPA + localité |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom(s) de l'enseignant(e) |  |  |
| No de téléphone + mobile |  |  |
| Adresse de courrier électronique |  |  |

⇨ **Dispositif de soutien** (si existant, à préciser ci-dessous)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type |  |  |
| Modalités (soutien individ. en groupe, fréquence) |  |  |
| Nom personne référente |  |  |
| No de téléphone + mobile |  |  |
| Adresse de courrier électronique |  |  |

**Contexte familial**

Page à compléter par le représentant légal ou les représentants légaux

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère** |
| Nom |  |  |
| Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| NPA + localité |  |  |
| No de téléphone |  |  |
| No de mobile |  |  |
| Adresse de courrier électronique |  |  |
| Date de naissance (j/m/a) |  |  |
| Détenteur de l'autorité parentale |  |  |

⇨ **Données concernant la situation familiale actuelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Conditions de vie et de soins,  si situation particulière\* |  |
| Moyens auxiliaires particuliers |  |
| Fratrie / position dans la fratrie |  |

*\*On entend par situation particulière, l'ensemble des aménagements de vie et de soins mis en place dans le cercle familial pour répondre à des besoins spécifiques relevant d'une situation de handicap le nécessitant.*

⇨ **Dispositif de protection**

|  |  |
| --- | --- |
| L'enfant ou le jeune est-il au bénéfice de mesures de protection?  Si oui, quel type de mesures | OUI  NON  tutelle  curatelle  assistant-social sans mandat officiel |
| Nom, prénom |  |
| Adresse, NPA + Localité |  |
| No de téléphone + mobile |  |
| Adresse de courrier électronique |  |

Page à compléter par le représentant légal ou les représentants légaux

**Contexte des professionnels**

⇨ **Coordonnées du médecin de référence**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Adresse, NPA + Localité |  |
| No de téléphone |  |
| Adresse de courrier électronique |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Noms autres médecins éventuels** | |
| Nom, prénom, spécialité | Coordonnées |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

⇨ **Coordonnées des intervenants pédago-thérapeutiques**

(Orthophoniste, psychomotricien-ne, ergothérapeute, physiothérapeute)

Chaque intervenant remplit le formulaire **"bilan de l'intervenant pédago-thérapeutique"** en annexe.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Modalités\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Modalités\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Modalités\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Modalités\* |  |

*\*pour les modalités, il y a lieu de préciser la fréquence (nombre de fois par semaine) et s'il s'agit de mesures individuelles ou en groupe.*

**Fonctionnement actuel de l'enfant ou du jeune** *(réf. Lexique pour évaluation du fonctionnement disponible sur le site* [*www.ne.ch/oes*](http://www.ne.ch/oes) *)*

Page à compléter par l'école

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* Concerne surtout la scolarité obligatoire  (tous les autres critères sont valables aussi bien pour l'éducation précoce que pour la scolarité)  Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données/sans objet" | Pas de problème | Problème léger | Problème moyen | Problème grave | Impossibilité complète | Problème ne pouvant être  précisé | Pas de données / sans objet | REMARQUES / EXPLICATIONS  ***Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème*** |
| **Développement général / apprentissage** |  | | | | | | | |
| Regarder |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Écouter |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prendre des informations |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acquérir le langage |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assimiler des concepts |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lire\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Écrire\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Calculer\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imiter/contrefaire |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acquérir un savoir-faire |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Résoudre des problèmes\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prendre des décisions |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attitude face aux exigences** |  | | | | | | | |
| Suivre des routines |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Supporter le stress/la pression psychique |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prendre des responsabilités |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Effectuer des tâches simples |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Maîtriser des tâches simples en groupe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Effectuer des tâches complexes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Accepter la nouveauté d'activité |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rencontrer des personnes et faire face à des situations de manière adéquate |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gérer son propre niveau d'activité |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Communication** |  | | | | | | | |
| Comprendre des messages oraux |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Savoir interpréter des gestes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comprendre des dessins/symboles |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comprendre des messages écrits |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S'exprimer de manière préverbale |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chanter |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser le langage du corps |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser des symboles |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Parler |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Produire des messages écrits |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pouvoir échanger avec d'autres – par le geste ou la parole |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mener une discussion avec une ou plusieurs personnes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mouvement et mobilité** |  | | | | | | | |
| Rester dans une position |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Changer de position |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se tenir assis |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se tenir debout |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Marcher |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Courir |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nager |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Saisir et manipuler des objets |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lancer des objets |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Attraper des objets |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser un outil scripteur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se déplacer dans un espace fermé |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se déplacer dans un espace ouvert |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se déplacer avec un tricycle ou à vélo |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser des transports publics |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Prise en charge autonome** |  | | | | | | | |
| Se laver |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soigner son corps (ex: dents, peau) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utiliser les toilettes |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S'habiller |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Indiquer le besoin de boire/manger |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Manger/boire de manière autonome |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prendre soin de sa santé |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Contact avec les autres** |  | | | | | | | |
| Engager et maintenir le contact |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Maîtriser son comportement dans ses relations |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Respecter les règles de classe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Avoir des contacts avec les pairs |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Avoir des contacts avec l'enseignant / le personnel pédago-thérapeutique |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Remarques:**

|  |
| --- |
|  |

Page à compléter par le représentant légal ou les représentants légaux

1. **Informations complémentaires**

⇨ **Bilan intellectuel ou neuropsychologique**

|  |  |
| --- | --- |
| Un bilan intellectuel a-t-il été établi? | OUI  NON |
| Si oui, par qui? \* |  |
| Nom, prénom |  |
| No de téléphone / mobile |  |
| Adresse de courrier électronique |  |
| Date du bilan |  |

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

⇨ **Annonce et questionnement**

|  |  |
| --- | --- |
| La situation a été évoquée initialement par |  |
| Le (date) |  |
| Résumé du questionnement / synthèse de la problématique | |

|  |
| --- |
| Autorisation En signant cette formule, **le représentant légal ou les représentants légaux** de l’enfant, de l’élève, du jeune **autorise** toutes les personnes et tous les offices entrant en considération ; en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie, les organismes publics, à donner à l'école spécialisée du Ceras **les renseignements** nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande. |

Lieu et date:  Signature du représentant légal ou des représentants légaux:

Annexes obligatoires:

Formulaire rapport médical

Formulaire bilan de l'intervenant en orthophonie

Formulaire bilan de l'intervenant en psychomotricité

Formulaire bilan de l'intervenant en ergothérapie

Formulaire bilan de l'intervenant en physiothérapie

Autres bilans ou rapports:  A préciser:

**ANNEXE**

**Bilan de l'intervenant pédago-thérapeutique**

Orthophonie  Psychomotricité  Ergothérapie  Physiothérapie

**Merci à chaque intervenant de compléter le bilan ci-dessous.**

1. **Données de l'intervenant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Spécialité |  |
| Adresse |  |
| NPA + localité |  |
| No de téléphone + mobile |  |
| Courriel |  |

1. **Données de l'enfant ou du jeune**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Domicile |  |
| Lieu de scolarisation |  |

1. **Modalités du suivi**

|  |  |
| --- | --- |
| Début de prise en charge |  |
| Modalités |  |
| Remarque(s) |  |

1. **Fonction organique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données/sans objet" | Pas de problème | Problème léger | Problème moyen | Problème grave | Impossibilité complète | Problème ne pouvant être  précisé | Pas de données / sans objet | REMARQUES / EXPLICATIONS  Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème. |
| Fonctions d'orientation |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions de l'énergie et des pulsions |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions de l'attention |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions émotionnelles |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions visuelles |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions de l'audition |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensation de douleur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions de la voix et de la parole |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions relatives au tonus musculaire |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctions relatives au contrôle des mouvements volontaires |  |  |  |  |  |  |  |  |

Autres précisions

|  |
| --- |
|  |

1. **Classification catégorielle**

**Remarque: la référence CIM-10 (*classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes/cf. OMS)* relève d'une référence médicale. Si le thérapeute n'est pas en possession du diagnostic établi par un médecin, il n'est pas requis de remplir la rubrique ci-dessous.**

**Par contre, tout descriptif et diagnostic relevant du domaine de compétence du thérapeute est à préciser dans le champ en bas de page.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostic principal** |  |
| S'il est connu: code CIM-10 de ce diagnostic |  |
| Commentaires éventuels |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostic secondaire 1** |  |
| S'il est connu: code CIM-10 de ce diagnostic |  |
| Commentaires éventuels |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostic secondaire 2** |  |
| S'il est connu: code CIM-10 de ce diagnostic |  |
| Commentaires éventuels |  |

Au cas où la problématique ne peut être traduite par un diagnostic : brève description de la problématique

|  |
| --- |
|  |

1. **Rapport complémentaire / état de situation**

|  |
| --- |
|  |

1. **Projet pédago-thérapeutique proposé**

|  |
| --- |
|  |

Date:       Signature: