**Indication de mesures pédago-thérapeutiques - Logopédie**

**Rapport du thérapeute**

**Indications concernant l’enfant / le jeune :**

**Nom :**       **Prénom :**

**Date de naissance :**

**Année scolaire en cours :**       **Degré actuel :**

**Indications concernant le thérapeute :**

**Nom :**       **Prénom :**

**Fonction :**

**Adresse du cabinet :**

**N°🕿** :       **Courriel :**

**Statut logopédique :**

**Diagnostic :**

**Date de la première intervention logopédique:**

**Nombre de mesures précédemment accordées :**

**Lieu et date :**       **Signature :**

1. **Indication / démarche**
   1. **Signalement :**

Initié par le pédiatre  Initié par l’école  Initié par les parents  Autre

Date du signalement :       Date du premier rendez-vous :

* 1. **Description de la demande:**

1. **Anamnèse**
   1. **Familiale :**

* 1. **Développement général et langagier :**

* 1. **Autres mesures thérapeutiques et bilans effectués :**

*(dans la mesure du possible prendre connaissance des rapports)*

1. **Situation actuelle**
   1. **Vécu scolaire** (Comportement - Intégration - Ressenti de l’enfant) **:**

* 1. **Thérapies en cours :**

* 1. **Remarques :**

1. **Bilan logopédique**

*Observations cliniques*

*Données standardisées précisant les références aux tests standardisés effectués et classes de cotation*

1. **Mesures**
   1. **Conclusions / Objectifs thérapeutiques :**

* 1. **Remarques :**

* 1. **Prestations :**

Crédit-temps  Demande initiale       heures pour **deux années** de décision

**Dès le**

Prolongation       heures pour **une année** de décision

**Dès le**

Nombre de mesures précédemment accordées :

*Le crédit-temps comprend les examens et investigations logopédiques, les bilans logopédiques d’évolution, les traitements logopédiques, les conseils et instructions logopédiques donnés à l’enfant/le jeune et/ou à ses représentants légaux, les séances ou réseaux.*

Thérapie en groupe  oui 🡪 si oui, de combien d’enfants / de jeunes le groupe est-il formé : ….

non

* 1. **Expertise pédopsychiatrique :**

Un examen au CMPEA semble opportun  oui  non

Si oui, précisez la-les raison(s) :

*Le présent formulaire est à envoyer, avec la demande de l’autorité parentale (« Demande de prestations ») et les éventuels rapports, au Service de l’enseignement (SEN), Commission d’indication, route de Moutier 16, 2800 Delémont.*

*Pour les enfants en âge préscolaire, un certificat médical est nécessaire ; les parents /l’autorité parentale le transmettent avec la demande de prestations. Les parents veilleront également à transmettre une copie des différents bilans de spécialistes en leur possession.*

*La Commission d’indication évaluera la nécessité de faire appel à des experts et organismes accrédités pour réaliser une expertise complémentaire.*

*Pour les enfants en âge de scolarité ou post-scolaire, une copie des bilans de spécialistes en possession des parents est souhaitée.*

*La Commission d’indication évaluera la nécessité de mandater un médecin ou spécialiste accrédité pour d’autres investigations.*

*Après analyse de la demande, la Commission d’indication décide l’attribution ou la non attribution de mesures pédago-thérapeutiques. L’autorité parentale est associée à la procédure de décision.*

*Si l’indication de traitement évolue durant la validité de la décision et que cela nécessite une augmentation du crédit-temps accordé, une nouvelle demande devra être adressée à la Commission d’indication.*

*Pour les enfants en âge préscolaire, une copie de la décision est communiquée au pédiatre.*

*Pour les enfants en âge de scolarité, une copie de la décision est communiquée au cercle scolaire concerné.*

***Remarques :***

*Commentaires internes CI :*

*Commentaires à faire suivre :*