

2, rue du 24-Septembre
CH-2800 Delémont
t +41 32 420 54 10
f +41 32 420 54 11
sen@jura.ch

Indication de mesures pédago-thérapeutiques – Psychomotricité

Demande de prestations

Demande initiale oui

Prolongation oui Combien de mesures ont déjà été accordées ? _____

Indications concernant l'enfant/le jeune

Nom _____

Prénom _____
(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)

Date de naissance _____ (Jour, mois, année) Féminin Masculin

Adresse _____

NPA + localité _____

No ☎ _____ Courriel _____

Si l'enfant est scolarisé :

Année scolaire : Cycle 1 : 1^P 2^P 3^P 4^P

Cycle 2 : 5^P 6^P 7^P 8^P

Cycle 3 : 9^S 10^S 11^S

Autre _____ Institution _____

Cercle scolaire _____

Enseignant-e / enseignant-e de module _____

Indications concernant le-les représentant-s légal-aux

Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
N° ☎ / mobile :	N° ☎ / mobile :

Détenteurs de l'autorité parentale : Père et mère Père Mère

Si l'enfant, l'élève ou le jeune est sous curatelle ou tutelle

Enfant ou jeune sous : curatelle tutelle

Nom et prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA+ localité _____

N° ☎ / mobile _____

Courriel _____

Indications concernant le-la prestataire

Nom _____

Prénom _____

Fonction/ Entité éventuelle _____

Adresse _____

N° ☎ _____ Courriel _____

Coordonnées du médecin traitant

Nom _____

Prénom _____

Spécialité _____

Adresse _____

N° ☎ _____ Courriel _____

Pour les enfants en âge préscolaire, un certificat médical est nécessaire ; merci de le transmettre avec le présent formulaire.

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

Les parents veilleront à transmettre une copie des différents bilans de spécialistes en leur possession.

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.

Signature du ou de la représentant-e légal-e ou du/de la demandeur-euse si majeur-e

.....
(Si père et mère sont détenteurs de l'autorité parentale, la signature des deux est obligatoire)

Lieu et date _____

Le présent formulaire est à transmettre à la- au thérapeute qui l'insérera à son rapport et se chargera de l'envoyer au Service de l'enseignement (SEN).

Le-les représentant-s légal-aux acceptent que les informations nécessaires au traitement de la demande soient transmises au SEN.

La décision d'attribution – ou de non attribution – de mesures est prise par le SEN et adressée à l'autorité parentale. Une copie est envoyée au - à la prestataire et à la direction de l'école.

Conformément à la réglementation en vigueur, les frais de déplacement lors de traitement en logopédie sont indemnisés pour les enfants et les jeunes qui, en raison de leur handicap, se voient dans l'incapacité de se déplacer par leurs propres moyens. L'autorité parentale veillera alors à le signaler au SEN qui évaluera la situation.