

Route de Moutier 16
CH-2800 Delémontt +41 32 420 54 10
f +41 32 420 54 11
sen@jura.ch

Indication de mesures pédago-thérapeutiques – Logopédie

Demande de prestations

Demande initiale Prolongation 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^e 2^e 3^e 4^e Cycle 2 : 5^e 6^e 7^e 8^e Cycle 3 : 9^e 10^e 11^e Niveaux : _____ Option : ____

Autre : _____ Institution : _____

Ecole / Cercle scolaire : _____

Enseignante titulaire / Enseignant de module : _____

Parcours scolaire (à compléter avec l'aide de l'enseignant si nécessaire)

- Mesures d'aide aux apprentissages mises en œuvre au sein du cercle scolaire :

Appui

Soutien ambulatoire

Soutien renforcé

Préciser le nombre de leçons :

Structure spécialisée (structure de soutien - CCD - classe de transition - structure allophone)

- Parcours scolaire :

Répétition (classe :)

Redoublement (classe :)

Indications concernant les représentants légaux

Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° ☎ / mobile :	N° ☎ / mobile :

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

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

Enfant ou jeune sous : curatelle tutelle

Nom et prénom de la personne responsable _____

Adresse _____

NPA+ localité _____

N° ☎ / mobile _____

Courriel _____

Indications concernant le prestataire

Nom _____

Prénom _____

Fonction/ Entité éventuelle _____

Adresse _____

N° ☎ _____ Courriel _____

Coordonnées du médecin traitant

Nom _____

Prénom _____

Spécialité _____

Adresse _____

N° ☎ _____ Courriel _____

Diagnostics déjà posés : _____

Suivis en cours : _____

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

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.

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 représentant légal ou du demandeur si majeur :

.....
(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 au thérapeute qui l'insérera à son rapport et se chargera de l'envoyer au Service de l'enseignement (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 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.

