

Demande de mesures renforcées

Ecole spécialisée – Soutien pédagogique spécialisé (SPS)

Elève scolarisé dans le canton

Seules les demandes originales, complètes, signées et qui répondent aux critères d'octroi seront traitées

1. Identité de l'élève

Nom:	Prénom: <i>(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)</i>
Date de naissance: (j/m/a)	féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Adresse:	NPA + localité:
No ☎:	Vivant en Suisse depuis la naissance <input type="checkbox"/> depuis le:
Langue(s) première(s):	Autre(s) langue(s):

2. Scolarité

Année scolaire:	Cycle 1:	1 ^{ère} <input type="checkbox"/>	2 ^{ème} <input type="checkbox"/>	3 ^{ème} <input type="checkbox"/>	4 ^{ème} <input type="checkbox"/>
	Cycle 2:	5 ^{ème} <input type="checkbox"/>	6 ^{ème} <input type="checkbox"/>	7 ^{ème} <input type="checkbox"/>	8 ^{ème} <input type="checkbox"/>
	Cycle 3:	9 ^{ème} <input type="checkbox"/>	10 ^{ème} <input type="checkbox"/>	11 ^{ème} <input type="checkbox"/>	section/niveau:
Formation régulière (FR): <input type="checkbox"/>	Formation spécialisée (FS): <input type="checkbox"/>	Autre:			
Nom de l'école:	Adresse:				
Enseignant(e):	No ☎:	Courriel:			
Enseignant(e):	No ☎:	Courriel:			
Coordonnées du représentant de l'autorité scolaire* (Nom, prénom, fonction, no ☎, adresse courriel):					
La situation a été évoquée initialement par:					

* Directeur-trice, directeur-trice adjoint-e de cycle ou assistant-e scolaire du service socio-éducatif mandaté par sa direction. .

3. Coordonnées du/des représentant(s) légal(aux)

Père	Mère
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date de naissance: (j/m/a)	Date de naissance: (j/m/a)
Adresse:	Adresse:
NPA + localité:	NPA + localité:
No ☎ / mobile:	No ☎ / mobile:
Adresse courriel:	Adresse courriel:
Détenteur(s) de l'autorité parentale: père et mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/>	

4. Motif de la demande <i>Rubrique à remplir par l'enseignant (e) titulaire</i>
Quelles sont les difficultés de l'élève motivant la demande?
Quelles sont les réactions de l'élève face à ses difficultés?
Quels sont les ressources / points forts de l'élève?
Quels sont les progrès de l'élève?
Quel(s) bénéfice(s) les mesures d'adaptation* mises en place ont-elles apporté(s) à l'élève?
Quelles difficultés persistent encore?

*** Le Projet Pédagogique Individualisé (PPI) et/ou le livret de suivi établi(s) par l'école est à joindre dans les annexes.**

Mesures de soutien dispensées par l'école ordinaire

	Nom et prénom de l'enseignant	Modalités*
Soutien pédagogique Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	
Soutien intensif Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	
Soutien par le mouvement Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	
Soutien langagier Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	
Soutien à l'intégration Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	
Autres, à préciser Dans quels buts?	<input type="checkbox"/>	

Mesures de soutien déjà octroyées par l'office de l'enseignement spécialisé (OES)

	Nom et prénom de l'enseignant de soutien:	Modalités*
SPSM Elèves sourds ou malentendants	<input type="checkbox"/>	
SPS - CPHV Elèves malvoyants ou aveugles	<input type="checkbox"/>	
SPS HM - TSA Elèves en situation de handicap mental et/ou relevant d'un trouble du spectre autistique	<input type="checkbox"/>	
SPS - UAL Elèves dysphasiques ou relevant d'un trouble du langage sévère	<input type="checkbox"/>	

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

Date:

Signature de l'enseignant(e) titulaire:

5. Appréciation de l'autorité scolaire

Rubrique à remplir par l'autorité scolaire

Annonce et questionnement

Résumé de la problématique (évaluation, parcours et projet scolaire)

Proposition éventuelle d'orientation

A titre indicatif, le réseau demandeur propose une mesure spécifique du canton (un seul choix possible)

SPS

Ecole spécialisée

Un projet d'internat est-il à envisager OUI NON

Annexes à joindre

Mesures d'adaptation validées par la direction

Livret de suivi (Arrêté BEP)

[Projet Pédagogique Individualisé \(PPI\)](#)

Un exemple de canevas est disponible sur le site de l'OES

Audiogramme pour élève sourd ou malentendant

Copie du dernier bulletin scolaire

[Rapport des intervenants pédago-thérapeutiques ou thérapeutiques](#) (Datant de moins d'un an)

Logopédie/Orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, physiothérapie

ATTENTION: les mesures de SPS octroyées par l'OES ne peuvent concerner que des élèves scolarisés en **formation régulière (FR)**, excepté pour les élèves malvoyants ou aveugles et pour les élèves sourds ou malentendants.

Date:

Signature du représentant de l'autorité scolaire:

6. Informations complémentaires

Rubrique à remplir par le(s) représentant(s) légal(aux)

Suivi social de l'enfant ou du jeune

Curatelle Tutelle Assistant(e)-social(e) sans mandat officiel ou judiciaire Autre

Nom et prénom de la personne responsable:

Nom de l'institution (le cas échéant):

Adresse:

No ☎ / mobile:

NP Localité:

Adresse courriel:

Coordonnées de l'institution d'accueil ou de la famille de jour

L'enfant ou le jeune est-il accueilli en institution ou dans une famille de jour? OUI NON

Si oui, nom et prénom:

Adresse:

No ☎ / mobile:

NP Localité:

Adresse courriel:

Depuis le:

Indications concernant le médecin de référence

Nom et prénom:

Spécialité:

Adresse:

No ☎ / mobile:

NP Localité:

Adresse courriel:

Bilan intellectuel

Un bilan intellectuel a-t-il été établi ? OUI NON

Si oui, par qui ? * OCOSP CNPea Autre

Nom et prénom:

No ☎:

Courriel:

Date du bilan

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

Autres documents

Tout document pertinent pour la compréhension de la situation de l'enfant ou du jeune peut être joint.

A préciser:

Prises en charge actuelles

	Nom et prénom des prestataires	Modalités*
Éducation précoce spécialisée (SEI)	<input type="checkbox"/>	
Logopédie / Orthophonie	<input type="checkbox"/>	
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	
Ergothérapie	<input type="checkbox"/>	
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	
Psychothérapie	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

* pour les modalités, il y a lieu de préciser: depuis quelle date, dans quels buts, la fréquence (nombre de fois par semaine), s'il s'agit de mesures individuelles ou en groupe.

Rapport médical

Toute première demande doit **obligatoirement** être accompagnée d'un rapport médical.

Le/les représentant(s) légal(aux) complète(nt) l'annexe 1 (p. 10 du formulaire): "Demande, au médecin traitant, d'un rapport médical à l'intention de l'office de l'enseignement spécialisé" et la transmette(nt) au médecin traitant.

Le médecin traitant adressera le "[rapport médical](#)" (disponible en p. 11 du formulaire ou sur notre site www.ne.ch/OES) sous pli confidentiel à l'OES.

Autorisation

Par leur signature, le/les représentant(s) légal(aux) de l'enfant, du jeune ou le jeune majeur lui-même, autorise(nt) toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l'OES les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations.

La/les personne(s) soussignée(s) autorise(nt) également l'OES à transmettre les informations nécessaires au suivi scolaire et/ou pédago-thérapeutique.

**Par leur signature, le(s) représentant(s) légal(aux) atteste(nt) avoir pris connaissance des pages 1 à 12 du présent formulaire et donne(nt) leur accord à l'analyse de la demande.
Le dépôt de la demande ne présuppose pas l'octroi d'une mesure.**

Lieu et date:

Signature du/des représentant(s) légal(aux)
ou du/de la demandeur (euse) si majeur(e)

Evaluation du fonctionnement de l'enfant ou du jeune (réf. Lexique pour évaluation du fonctionnement) <i>Les items ci-dessous sont tirés de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)</i>								
Activités et participation *concerne surtout la scolarité obligatoire (tous les autres items sont valables aussi bien pour la petite enfance que pour la scolarité) <i>(Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données / sans objet")</i>	Pas de problème	Problème léger	Problème moyen	Problème grave	Impossibilité complète	Problème ne pouvant être précisé	Pas de données / sans objet	Remarques / explications / indication des ressources particulières Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème.
Regarder (d110)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écouter (d115)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres perceptions intentionnelles (d120)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apprendre à travers des actions portant sur des objets (d131)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir le langage (d133)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acquérir un savoir-faire (d155)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lire * (d166)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Écrire * (d170)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calculer * (d172)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résoudre des problèmes * (d175)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effectuer la routine quotidienne (d230)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gérer son comportement (d250)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communiquer – recevoir - des messages parlés (d310)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Activités et participation *concerne surtout la scolarité obligatoire (tous les autres items sont valables aussi bien pour la petite enfance que pour la scolarité) <i>(Si aucune estimation précise ne peut être faite: cocher "Pas de données / sans objet")</i>	Pas de problème	Problème léger	Problème moyen	Problème grave	Impossibilité complète	Problème ne pouvant être précisé	Pas de données / sans objet	Remarques / explications / indication des ressources particulières Chaque item doit impérativement être précisé dès l'annonce d'un problème
Parler (d330)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produire des messages non verbaux (d335)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Changer la position corporelle de base (d410)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activité de motricité fine (d440)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes (d530)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'habiller (d540)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manger (d550)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veiller à sa sécurité (d571)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interactions complexes avec autrui (d720)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relations formelles * (d740)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fonctions de la mémoire (b144)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diriger son attention (d161)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres items de la CIF pertinents dans le domaine des activités et de la participation:

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres éléments pertinents dans le domaine des activités et de la participation:

--

Demande, au médecin traitant, d'un rapport médical à l'intention de l'office de l'enseignement spécialisé

1. Identité de l'élève

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

Date de naissance: (j/m/a) féminin masculin

Adresse: NPA + localité:

No ☎: Langue maternelle:

Vivant en Suisse depuis la naissance depuis le:

2. Scolarité

Année scolaire: Cycle 1: 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème}
Cycle 2: 5^{ème} 6^{ème} 7^{ème} 8^{ème}
Cycle 3: 9^{ème} 10^{ème} 11^{ème} section/niveau:

Formation régulière (FR): Formation spécialisée (FS): Autre:

Nom de l'école: Adresse:

Coordonnées du responsable scolaire de la demande (Nom, prénom, fonction, no ☎, adresse courriel):

3. Coordonnées du médecin

Docteur:

Adresse:

No ☎:

Madame la doctresse, Monsieur le docteur,

Nous vous saurions gré de bien vouloir établir un rapport médical à l'intention de l'office de l'enseignement spécialisé (OES), sis à la rue de l'Ecluse 67 à 2000 Neuchâtel, en vue d'une éventuelle prise en charge de mesures renforcées nécessaires à la scolarisation de notre enfant, ci-dessus nommé.

Nous donnons notre accord pour que les éléments nécessaires au suivi de la scolarité puissent être communiqués, le cas échéant, aux responsables pédagogiques des entités qui assumeront les prestations octroyées.

Le formulaire "Rapport médical" ci-joint (ou également sur notre site www.ne.ch/OES) est à compléter par vos soins et à transmettre sous pli confidentiel à l'OES.

En vous remerciant de votre collaboration.

Lieu et date:

Signature du/des représentant(s) légal(aux)
ou du/de la demandeur (euse) si majeur(e)

Confidentiel

Office de l'enseignement spécialisé
A l'attention du médecin conseil
Rue de l'Ecluse 67
2000 Neuchâtel

Cachet du médecin

RAPPORT MEDICAL pour l'octroi des mesures de formation scolaire spéciale

Nom: Prénom(s): Né(e) le:

1. Diagnostics (selon nomenclature AI ou CIM 10 ou autre forme si pas possible) Depuis le:

Diagnostic principal:

Diagnostic(s) secondaires(s):

2. Descriptif des symptômes et des troubles (joindre les rapports utiles à l'établissement du diagnostic)

Un bilan intellectuel a-t-il été effectué): OUI NON

Si oui, donner les résultats

3. Mesures scolaires renforcées suggérées:

Orthophonie

Psychomotricité

Education précoce spécialisée (SEI)

Soutien pédagogique spécialisé (SPS)

Ecole spécialisée: CERAS CP MALVILLIERS PERCE-NEIGE-HM PERCE-NEIGE-TSA

Internat: complet partiel

Remarques:

4. Mesures thérapeutiques connues en cours **Thérapeute (si connu)** **Depuis le**

Psychothérapie

Ergothérapie

Médicamenteuse

Physiothérapie

Autre(s)

Lieu et date :

Signature :

Courriel:

NB : Le(s) représentant(s) légal(aux) a(ont) donné son(leur) accord pour la communication des informations ainsi que des documents médicaux joints au présent rapport. Il(s) a(ont) donné également son(leur) accord pour que ces éléments puissent être communiqués, le cas échéant, aux responsables pédagogiques des entités de prestations éventuellement concernées. Les informations concernant les prestations de l'office de l'enseignement spécialisé sont disponibles sur le site : www.ne.ch/OES.

Guide pour une demande à l'OES :

L'enseignant(e) titulaire:

- ✓ complète les pages 1 (points 1), 2 et 3 ainsi que l'évaluation du fonctionnement aux pages 7 à 9, à l'aide du lexique.

L'autorité scolaire :

- ✓ complète la page 1 (point 2) et la page 4.

Le(s) représentant(s) légal(aux):

- ✓ complète(nt) les pages 1 (point 3), 5 et 6, date(nt) et appose(nt) leur signature manuscrite à la page 6.
- ✓ transmet(tent) la demande de rapport médical (annexe 1, p. 10) au médecin traitant.



1. L'autorité scolaire a pour tâche de récolter toutes les annexes obligatoires (liste à la page 4) et d'envoyer le formulaire de demande complet à l'OES.
2. Le médecin traitant complète le rapport médical (p. 11 du formulaire ou sur notre site www.ne.ch/OES) et le transmet sous pli confidentiel à l'OES.
3. La demande sera traitée uniquement lorsque tous les documents seront complets et dûment signés.