Demande complémentaire d’une mesure d’aide renforcée en surdité

|  |
| --- |
| **Mesure pédago-thérapeutique** 🡪 A traiter par la thérapeute référente au SESAM[ ]  Logopédie préscolaire[ ]  Logopédie STS en scolarité |
| **Mesure d’aide renforcée 🡪** A traiter par l’inspectorat du SESAM[ ]  Intervention LPC/LSF en école ordinaire[ ]  Classe surdité préscolaire en institution |

Données administratives de l’élève

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Date des derniers bilans actualisés (psy, logo, psychomot, médicaux) |       |
| Thérapies suivies par l’élève |       |
| Année de scolarité obligatoire |       | Année de programme |       |
| Début du soutien MAR |       |
| Etablissement scolaire |       |

Situation actuelle de l’enfant

|  |
| --- |
| *Diagnostic ou suspicion de diagnostic*      |

|  |
| --- |
| *Fonctionnement général : cognitif, affectif, langagier, autonomie, communication et relations*      |
| *Facteurs environnementaux pertinents*      |

Proposition de mesure d’aide renforcée

[ ]  Nombre d’unités :

[ ]  Durée : du       au

Préavis et signatures

|  |  |
| --- | --- |
| Préavis du et/ou des représentant-s légal-aux |       |
| Lieu et date |       |
| **Signature du et/ou des représentant-s légal-aux** |  |
| Préavis du centre de ressources en surdité |       |
| Lieu et date |       |
| **Signature de la direction du centre de ressources en surdité** |  |

Rapport(s) thérapeutique(s)/médical(aux) :

-

-

Annexes :

-

-