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 :

-

-