



Formulaire de demande à l'équipe mobile TSA DiNo

L'enfant a-t-il reçu un diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme ?

OUI (précisez date) : En cours (précisez) : NON

Les parents ont été informés et ont donné leur accord pour une demande à l'équipe mobile TSA DiNo (obligatoire)

DEMANDEUR

Date :

Nom / prénom :

Adresse :

Fonction :

Téléphone : E-mail :

INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

Nom(s) : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe :

Nationalité(s) : Langue(s) parlée(s) :

Au bénéfice de mesures médicales AI : Oui Non Demande en cours

Assurance Maladie : Numéro AVS :

Adresse de l'enfant chez : mère père autre :

Autorité parentale : mère père partagée autre :

Garde : mère père partagée autre :

SITUATION ACTUELLE (BRÈVE DESCRIPTION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

Famille :

.....

.....

Ecole :

.....

.....

Autre (précisez) :

.....

.....

INFORMATIONS PERSONNELLES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Mère :

Nom : Prénom :

Adresse : NPA, ville :

Téléphone : E-mail :

Date de naissance : Nationalité :

Etat civil : Profession :

Père :
Nom : **Prénom :**
Adresse : **NPA, ville :**
Téléphone : **E-mail :**
Date de naissance : **Nationalité :**
Etat civil : **Profession :**

ENVIRONNEMENT SCOLAIRE

Etablissement scolaire :
Collège (précisez l'adresse) :
Âge légal scolaire : **Année de programme scolaire :**
Assistant.e à l'intégration : **Oui** (nombre de périodes) **Non**
Programme individualisé : **Oui** (précisez) **Non**
Mesures ordinaires (MO): **Oui** (nombre de périodes) **Non**
Mesures renforcées (MR): **Oui** (nombre de périodes) **Non**
Allègement scolaire : **Oui** (précisez) : **Non**

INTERVENANT.E.S AUPRÈS DE L'ENFANT

FONCTION	NOM / PRENOM	TELEPHONE	E-MAIL
<input type="checkbox"/> Inspecteur, référent MR			
<input type="checkbox"/> Doyen.ne			
<input type="checkbox"/> Enseignant.e.s			
<input type="checkbox"/> Enseignant.e spécialisé.e			
<input type="checkbox"/> Assistant.e à l'intégration			
<input type="checkbox"/> Pédiatre			
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre			
<input type="checkbox"/> Psychologue			
<input type="checkbox"/> Psychomotricien.ne			
<input type="checkbox"/> Logopédiste			
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute			
<input type="checkbox"/> BSPE – AS ProInfirmis			
<input type="checkbox"/> SEI			
<input type="checkbox"/> DGEJ			
<input type="checkbox"/> Intervenant MATAS			
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			

Seul un formulaire dûment complété sera analysé en vue d'une intervention de l'équipe mobile.
 Formulaire à renvoyer au secrétariat : tsa.emdino@chuv.ch / 021 314 98 00