

Formulaire de demande à l'équipe ressource TSA mobile

Formulaire à renvoyer au secrétariat : tsa.emdino@chuv.ch pour la région nord - tsa.emo@chuv.ch pour la région ouest 021 314 98 00

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

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

L'enfant a-t-il reçu un autre diagnostic :

DEMANDEUR

Date :

NOM / prénom :

Adresse

Fonction :

Téléphone :

E-mail

La situation à déjà bénéficié d'une demande au STSA : Module 20H Accompagnement parental EMDM

Autres demandes en cours : Module 20H Accompagnement parental EMDM

INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ENFANT

NOM(s) : Prénom(s) :

Date de naissance : Sexe : Nationalité(s) :

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

Assurance maladie : Numéro AVS :

Adresse de l'enfant chez : Parent 1 Parent 2 Autre :

Autorité parentale : Parent 1 Parent 2 Partagée Autre :

Garde : Parent 1 Parent 2 Partagée Autre :

SITUATION ACTUELLE (BRÈVE DESCRIPTION DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES)

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

Famille :

Ecole :

Autre (précisez) :

INFORMATIONS PERSONNELLES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Parent 1 :

NOM : Prénom :

Adresse : NPA, ville :

Téléphone : E-mail :

Date de naissance : Nationalité :

Etat civil :

Parent 2 :

NOM :

Prénom :

Adresse :

NPA, ville :

Téléphone :

E-mail :

Date de naissance :

Nationalité :

Etat civil :

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**

Date du prochain réseau prévu à l'école pour cette situation :

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"/> Autre (précisez) :			

Accepte la demande et l'intervention future de l'équipe ressource
à domicile

Signature
parent 1 :

Signature
parent 2 :

Accepte la demande et l'intervention future de l'équipe
ressource à l'école

Signature des enseignant(e)s