|  |  |
| --- | --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration  Office de l’intégration et de l’action sociale      Rathausplatz 1 Case postale 3000 Berne 8 +41 31 633 78 11 info.ais.gsi@be.ch www.be.ch/dssi | DSSI-OIAS, Rathausplatz 1, case postale, 3000 Berne 8 |
| ​ Blindenschule Zollikofen Kompetenzzentrum für Sehförderung Heilpädagogische Früherziehung Kirchlindachstrasse 49 3052 Zollikofen |
|  |

**Mesures pédago-thérapeutiques**

**Demande de prise en charge des frais relatifs aux mesures d’éducation précoce spécialisée pour enfants aveugles et malvoyants**

|  |  |
| --- | --- |
| Première demande de prise en charge | …. Demande de prolongation |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Données personnelles de l’enfant** | | | | | | |
| Nom | …. | | Prénom | …. | | |
| Rue et n° | …. | | NPA | …. | Localité | …. |
| Sexe | masculin | féminin | Date de naissance | | …. | |
| N° AVS | | …. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. a) Données personnelles de la représentation légale** (champs obligatoires) | | | | | | |
| Nom | …. | | Prénom | …. | | |
| Rue et n° | …. | | NPA | …. | Localité | …. |
| Sexe | ☐ masculin | féminin |  | | | |
| N° de tél. | …. | | Adresse électronique | …. | | |
| Langue parlée en famille | | …. | | | | |
| **Lieu, date et signature** | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Une curatelle a-t-elle été instituée ?** | Oui (joindre l’acte de nomination de la curatelle)  Non |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. b) Données personnelles de la représentation légale** (facultatif) | | | | | | |
| Nom | …. | | Prénom | …. | | |
| Rue et n° | …. | | NPA | …. | Localité | …. |
| Sexe | ☐ masculin | féminin |  | | | |
| N° de tél. | …. | | Adresse électronique | …. | | |
| **Lieu, date et signature** | |  | | | | |
| ***Veuillez envoyer le présent formulaire dûment rempli à un organe d’évaluation (orthoptiste, ophtalmologue, neuropédiatre).*** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Proposition de l’organe d’évaluation | | | | |
| Nom, adresse (cachet) ….  **Lors d’une première demande de prise en charge, le rapport de l’organe d’évaluation doit être joint à cette demande.** | | | N° de tél. | …. |
| Adresse électronique | …. |
| Personne responsable | …. | | N° de tél. | …. |
| **Situation de l’enfant** | À ce jour, l’enfant n’est pas encore entré en première année primaire. | | | | |
| **Diagnostic établi** | après consultation | ☐ sur la base d’un rapport de l’éducatrice spécialisée | | |
| **Date de la dernière consultation** | …. | | | |
| **Demande de prise en charge des frais** | 2 ans, à raison de 1 à 2 heures par semaine  1 an, à raison de 1 à 2 heures par semaine  Autre : ….  Début :…. | | | |
| **Remarques** | ….  ….  …. | | | |
| **Lieu, date et signature** |  | | | |
| * ***La demande doit être transmise à l’adresse suivante : Blindenschule Zollikofen, Kompetenzzentrum für Sehförderung, Heilpädagogische Früherziehung, Kirchlindachstrasse 49, 3052 Zollikofen.*** * ***Le droit aux prestations prend effet au plus tôt lors du dépôt de la demande.*** * ***Annexe : Rapport de l’organe d’évaluation*** | | | | |