|  |  |
| --- | --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration Office de l’intégration et de l’action sociale  Rathausplatz 1Case postale3000 Berne 8+41 31 633 78 11info.ais.gsi@be.chwww.be.ch/dssi | DSSI-OIAS, Rathausplatz 1, case postale, 3000 Berne 8 |
| ​Blindenschule ZollikofenKompetenzzentrum für SehförderungHeilpädagogische FrüherziehungKirchlindachstrasse 493052 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***
 |