|  |
| --- |
| **Demande d’admission à une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire auprès de la direction d’école**  Selon l’article 11, al. 2 lettre c OMO (*Ordonnance régissant les mesures de pédagogie spécialisée ordinaires et les mesures de soutien relevant de l’offre ordinaire de l’école obligatoire ; RSB 432.271.1*) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Coordonnées de l’élève** | | |
| Nom : | Prénom : | |
| Rue : | NPA : | Localité : |
| Sexe :  masculin  féminin | Date de naissance : | |
| Lieu d’origine : | Nationalité : | |
| Année scolaire : | École/classe/localité : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Coordonnées du représentant légal ou de la représentante légale de l’élève** | | |
| Nom : | Prénom : | |
| N° de téléphone : | Nationalité : | |
| N° de mobile : | Courriel : | |
| *si différent de l’élève :* | | |
| Rue : | NPA : | Localité : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Coordonnées autre représentant légal ou représentante légale de l’élève** | | |
| Nom : | Prénom : | |
| N° de téléphone : | Nationalité : | |
| N° de mobile : | Courriel : | |
| *si différent de l’élève :* | | |
| Rue : | NPA : | Localité : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Évaluation / bref rapport par le maître ou la maîtresse de classe**   Maître ou maîtresse de classe : Nom :       Prénom : | |
| Évaluation, description du trouble : |  |
| Mesures de soutien déjà appliquées dans le cadre de l’enseignement régulier : |  |
| Bref rapport |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Évaluation spécialisée / bref rapport par le ou la spécialiste du domaine**   Spécialiste du domaine : Nom :       Prénom :  **SPA**  **Logopédie**  **Psychomotricité** | |
| Résultat de l’évaluation spécialisée : |  |
| Mesure de soutien déjà appliquées dans le cadre de l’enseignement spécialisé (intervention de courte durée) : |  |
| Bref rapport |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Position du représentant légal ou de la représentante légale concernant la demande d’admission à une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire** | |
| Le maître ou la maîtresse de classe a pris note de la position suivante du représentant légal ou de la représentante légale : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Demande auprès de la direction d’école** | |
| Demande d’admission à une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire : | SPA  Logopédie  Psychomotricité |
| Durée et fréquence prévues : |  |
| Forme prévue de la mesure de pédagogie spécialisée ordinaire : | individuel  en groupe  en classe  autre : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Signatures** | | |
| Maître ou maîtresse de classe : | Date : | Signature : |
| Spécialiste de la mesure de soutien spécialisé : | Date : | Signature : |
| **Le représentant légal ou la représentante légale prend acte du fait que les enseignant·e·s demandent auprès de la direction d’école l’admission à l’enseignement spécialisé pour une durée de quatre semestres au maximum sans évaluation psychologique complète par le SPE ou le SPP.** | | |
| Le représentant légal / La représentante légale : | Date : | Signature : |
| Le représentant légal / La représentante légale : | Date : | Signature : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Décision de la direction d’école** | | |
| **La demande d’admission à une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire est :**  **acceptée**  **rejetée** | | |
| Motifs du rejet ou remarques sur la durée ou la fréquence : |  | |
| Signature de la direction d’école compétente : | Date : | Signature : |
| ***Voies de droit : Les parents peuvent former un recours contre cette décision dans les 30 jours à compter de sa notification. Le recours, écrit et motivé, doit être déposé auprès de l’inspection scolaire compétente.*** | | |