|  |
| --- |
| **Demande de prolongation d’une mesure de pédagogie spécialisée ordinaire auprès de la direction d’école**  Selon l’article 11, al. 3 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. **Réévaluation spécialisée / Rapport par le ou la spécialiste du domaine**   Spécialiste du domaine : Nom :       Prénom :  **SPA**  **Logopédie**  **Psychomotricité** | |
| Résultat de la réévaluation spécialisée : |  |
| Mesure de soutien déjà appliquées dans le cadre de l’enseignement spécialisé (MSS, SE) : |  |
| Rapport |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Position du représentant légal ou de la représentante légale concernant la demande de prolongation d’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 de prolongation 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 la prolongation de la mesure de pédagogie spécialisée ordinaire. Cette mesure étant d’une durée supérieure à quatre semestres, une recommandation du SPE est nécessaire, selon l’OMO art. 11. al. 3 lettre c. Un échange concernant la situation scolaire aura lieu avec ce service.** | | |
| Le représentant légal / La représentante légale : | Date : | Signature : |
| Le représentant légal / La représentante légale : | Date : | Signature : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Décision de la direction d’école** | | |
| **Sur recommandation du SPE et sur la base du rapport spécialisé, la demande d’admission, pour une durée supérieure à quatre semestres, 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.*** | | |