**FORMULAIRE DE DEMANDE INITIALE**

**MESURE ORDINAIRE**

**Education précoce spécialisée (EPS)**

 préscolaire (0-4 ans)

|  |
| --- |
| **A remplir par la ou le responsable d'évaluation** |
| Date d'ouverture du formulaire : |       |

|  |
| --- |
| **Données relatives à l'enfant (identique à la carte d'identité)** |
| Nom et prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Adresse  |       |
| Existe-t-il une tutelle ? | [ ]  oui / [ ]  non si oui, nom et adresse du tuteur :       |
| Existe-t-il une curatelle? | [ ]  oui / [ ]  non si oui, nom et adresse du curateur :       |
| **Données de la responsable légale ou du responsable légal 1 (identique à la carte d'identité)** |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Adresse |       |
| Courriel |       |
| Téléphone |       |
| **Données de la responsable légale ou du responsable légal 2 (identique à la carte d'identité)** |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Adresse |       |
| Courriel |       |
| Téléphone |       |

|  |
| --- |
| **Données relatives de la ou du responsable d'évaluation** |
| Institution d'appartenance |       |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Adresse |       |
| Fonction |       |
| Courriel |       |
| Téléphone |       |

|  |
| --- |
| **Evaluation de base** *Synthèse de la situation dressée lors du premier entretien en présence des responsables légaux et de l'enfant*  |

Anamnèse et déclaration de la situation :

*(Contexte de vie: grossesse et accouchement, statut clinique actuel en lien avec le développement (psychomoteur, sensorimoteur, communication, interactions sociales)*

Ressources actuelles de la famille et de l’enfant par exemple les suivis en cours :

*(Thérapeutiques, médicaux, éducatifs)*

Besoins de l’enfant et de la famille discutés lors de l'entretien :

Diagnostic si connu :

*(Diagnostic issu de la CIM 10 (classification internationale des maladies), DSM V, CIF (handicap))*

|  |
| --- |
| **Evaluation des besoins** |

Lors de l'entretien, les responsables légaux communiquent s'ils ont connaissance de tests effectués et de leurs résultats :

*(Échelles de Wechsler, ADI-R, ADOS, échelles de développement, ASQ, etc.). Le cas échéant, ils autorisent l'institution à contacter les professionnelles et professionnels concernés*

Plan/projet du suivi/prestation (au début du suivi) à court, moyen et long terme discutés avec la famille :

*Premiers éléments descripteurs du projet éducatif lié à cette demande.*

|  |
| --- |
| **Position de la famille** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
| oui | non | oui | non |
| Déclare avoir participé à la procédure d'évaluation des besoins de l'enfant | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Relève le secret des professionnelles et professionnels de la santé pour compléter le document puis pour obtenir des informations supplémentaires | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Déclare être en accord avec l'évaluation des besoins | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Déclare être en accord avec la mesure envisagée | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Remarque éventuelle :

|  |
| --- |
| **Pièces à annexer**  |

[ ]  La copie de la pièce d'identité de l'enfant et des responsables légaux

[ ]  Le ou les rapport-s clinique-s complémentaire-s

[ ]  Je prends notamment connaissance de l'article 30 de la loi sur l’instruction publique du 17 septembre 2015 (LIP ; RS/GE C 1 10), à teneur duquel seul les enfants âgés de moins de 20 ans et domiciliés dans le canton de Genève ont droit à des prestations de pédagogie spécialisée s’il est établi qu’ils sont entravés dans leurs possibilités de développement et de formation au point qu’ils ne pourront pas ou ne peuvent plus suivre l’enseignement régulier sans soutien spécifique, ou lorsqu’un autre besoin éducatif particulier a été constaté.

Ainsi, je soussigné-e, Madame      , Monsieur      , atteste être domicilié-e dans le canton de Genève. Je m'engage en signant ce document, à informer immédiatement le thérapeute, et le SPS de tout changement de domicile hors canton.

Je consens par ailleurs à ce que les données personnelles sensibles contenues dans ce document soient traitées selon les règles prévues par la Loi sur l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles du 5 octobre 2001.

|  |
| --- |
| **Date et signatures** |
| Entretien avec les responsables légaux à Genève, le      **Signatures des représentants légaux : ………………………………………………….****Signature de la ou du responsable d'évaluation : …………………………………………………………………..** |

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires prises après entretien en présence des responsables légaux**  |

*La ou le responsable d'évaluation de l'institution centralise les informations médicales, cliniques et fonctionnelles en contactant les professionnelles et professionnels concernés et les retranscrit ci-dessous*

**Prise d'information**

[ ]  Par téléphone [ ]  Par réseau

Date:       Date:

Professionnelles et professionnel contactés:       Professionnelles et professionnels contactés:

Mesures actuelles:

*Informations collectées utiles et nécessaires auprès du réseau pour compléter la demande initiale: quels types, depuis quelles dates, rapports/bilans annexés si nécessaires, fins de mesures envisagées, d'autres mesures thérapeutiques et de soutiens au contexte de prise en charge ou à l'environnement familial à court, moyen et long terme*

|  |
| --- |
| **Description de la mesure EPS sollicitée**  |

Suite à ce complément d'information, le suivi envisagé ou projet de la mesure pour répondre aux besoins de l'enfant :

Lieu de prise en charge envisagé:

[ ]  Sur le lieu du prestataire

[ ]  Sur le lieu d'accueil (collectivité)

[ ]  À domicile

Temps de prise en charge estimé (date de début et de fin de traitement):

Nombre d'heure de prise en charge par semaine estimé

Prestataire(s) envisagé(s)

Objectifs (au début du suivi) à court, moyen et long terme à l'issue de la prise d'information :

*(Descriptif du projet éducatif lié à cette demande)*

|  |
| --- |
| **Date et signature** |
| Fait à Genève, le      **Signature de la ou du responsable d'évaluation : ………………………………………………………………....** |

Seuls les dossiers complets et signés seront traités. Le dépôt des demandes complètes est placé sous la responsabilité de l'institution et s'effectue par un envoi unique. **Tout dossier incomplet est retourné au responsable d'évaluation.**