|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | republique et canton de geneveDépartement de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesseOffice médico-pédagogique |  |
| **Office médico-pédagogique**Direction médico-psychologiqueCase postale 501211 Genève 8N/réf. : SW |  | **DEMANDE DE FINANCEMENT DE TRAITEMENT DE LOGOPÉDIE PRIVÉEpour les enfants scolarisés en enseignement spécialisé****FORMULAIRE A REMPLIR PAR LES LOGOPEDISTES EN PRIVE** |

**[ ]  demande initiale** **[ ]  prolongation**

**Nom(s) et prénom(s) du patient :** ………………………………………… né(e) le …………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………………………………..

**Logopédiste privé(e) (nom, prénom et adresse)** : ………………………………………………………………………………………………………………

Traitement logopédique actuel en privé, depuis: ……………………………………

Nombre actuel de séances hebdomadaires: …………… Durée actuelle des séances :……………………

**Période du traitement pour laquelle le financement est demandé** :

du …………………… au …………………………

Nombre de séances hebdomadaires prévues : …….. Durée des séances prévues : …………………

**Indication - le traitement en privé:**

[ ]  doit être maintenu tel quel

[ ]  peut se poursuivre avec une fréquence ou une durée des séances qui peut être réduite.

[ ]  n’est plus indispensable

**Cette recommandation est effectuée en vertu du critère suivant:**

[ ]  Evaluation diagnostique

[ ]  Sévérité de la problématique et/ou comorbidités

[ ]  Qualité de la relation/alliance, difficulté à transférer le traitement à un tiers

[ ]  Offre de traitement disponible au sein / liée à l’institution de l’OMP

Commentaire / complément d'information: ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu et date :****Signature du (de la) logopédiste privé** |  |

**Décision de la direction médico-psychologique:** [ ]  **accordé** [ ]  **refusé**

**Date et signature de la direction**