**Formulaire de demande POUR DES MESURES ordinaires DE PÉDAGOGIE SpéCIALISéE**

|  |
| --- |
| 1. **Prestation(s) demandée(s)** |

**Transport (seulement si justificatif) clinique)**

**Logopédie**

**Psychomotricité**

**Langage parlé complété LPC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Demande initiale** | **Nouvelle demande après 24 mois d'interruption de traitement** |
| **Demande de renouvellement** | **Bilan sans suite** |
| **Demande de prestations supplémentaires** | |
|  |  |
| **Nombre d'années de traitement et/ou séances déjà effectuées** | mois / années        séances  Correspondances en heures :     heures |

|  |
| --- |
| 1. **Données relatives à l'enfant** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Adresse** |  |
| **Rue, n°** |  |
| **NPA / Ville** |  |
| **Lieu de socialisation/ Ecole** |  |
| **Année de scolarité actuelle (si pertinent)** |  |
| **Langue(s) parlée(s) à la maison** |  |
| **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 : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Données relatives aux parents** | | |
|  | | |
| **Parent 1** | **NOM** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Adresse** |  |
| **Rue, n°** |  |
| **NPA / Ville** |  |
| **Téléphone (privé / professionnel)** |  |
| **Courriel** |  |
| **Etat civil** | marié /  célibataire |
| **Parent 2** | **NOM** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Sexe** |  |
| **Adresse** |  |
| **Rue, n°** |  |
| **NPA / Ville** |  |
| **Téléphone (privé / professionnel)** |  |
| **Courriel** |  |
| **Etat civil** | marié /  célibataire |
| Si les pa󠄀rents sont séparés, qui exerce l'autorité parentale ? | | parent 1 /  parent 2 /  les deux  autre (préciser) : |

|  |
| --- |
| 1. **Données relatives au thérapeute évaluateur** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Lieu** |  |
| **Service** |  |
| **Adresse** |  |
| **Rue, n°** |  |
| **NPA / Ville** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |
| **NIF** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données générales concernant l'enfant** | |
|  | |
| L'enfant a-t-il déjà par le passé bénéficié des prestations offertes par l'Assurance Invalidité ou par le SPS ? | Oui pour la pédagogie spécialisée (enseignement spécialisé, EPS, logopédie, psychomotricité, SPES, LPC, transports)  Oui pour une mesure A.I.  Non |

|  |
| --- |
| 1. **Autorisation** |
|  |
| En signant cette autorisation, le représentant légal de l'enfant autorise le SPS à requérir toutes les informations nécessaires à l'examen de la présente demande auprès de toutes les personnes et autorités compétentes. La présente autorisation vaut levée du secret professionnel à l'égard des professionnels concernés. Le parent consent par ailleurs à ce que les données personnelles sensibles contenues dans ce document soient traitées selon les règles prévues par la Loi du l'information du public, l'accès aux documents et la protection des données personnelles du 5 octobre 2001. Si l'enfant est capable de discernement, son consentement doit être recueilli pour lever les professionnels de leur secret.  Vous certifiez avoir répondu de manière complète et véridique.  Fait à Genève, le  Signature des parents ou de la représentante ou du représentant légal de l'enfant |

|  |
| --- |
| **A joindre à la demande** |
| **Copie de la pièce d'identité des parents ou de la représentante ou du représentant légal** (p. ex. acte de naissance, livret de famille, acte d'origine, permis d'établissement ou de séjour, récépissé de pièces déposées, passeport, livret d'étrangers)  **Copie de la pièce d'identité de l'enfant**  *Remarque : pas nécessaire en cas de renouvellement ou de prestation supplémentaire.* |