|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vd_logo_noir_36mm | **Direction générale de l’enseignement**  **obligatoire et de la pédagogie spécialisée**  **(DGEO)**  **Direction pédagogique (DP)**  Office du soutien pédagogique et  de l’enseignement spécialisé  (OSPES)  Rue de la Barre 8  1014 Lausanne | **Demande de transfert d’un établissement de pédagogie spécialisée vers un autre établissement de pédagogie spécialisée** |

# Données administratives

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Date du réseau :** |  |
| **Nom et prénom de l’enfant :** | NOM Prénom | | M  F |
| **Adresse** (rue et localité)**:** |  | | |
| **Date de naissance :** |  | **Nationalité :** |  |
| **Numéro AVS :** |  | | |
| **Parent[[1]](#footnote-1) 1** (Nom, Prénom) **:** |  | **Autorité parentale :** |  |
| **Adresse parent 1** (rue et localité)**:** |  | | |
| **Téléphone parent 1 :** |  | **Portable parent 1 :** |  |
| **Mail parent 1 :** |  | | |
| **Parent 2** (Nom, Prénom) **:** |  | **Autorité parentale :** |  |
| **Adresse parent 2**(rue et localité)**:** |  | | |
| **Téléphone parent 2 :** |  | **Portable parent 2 :** |  |
| **Mail parent 2 :** |  | | |
| **Etablissement scolaire / structure préscolaire :** |  | **Bâtiment / Collège :** |  |
| **Titulaire de la maîtrise de classe :** |  | **Année de scolarité :** |  |
| **Langue-s parlée-s à la maison :** |  | | |

# Niveau scolaire

*Estimation du degré d’atteinte des objectifs en référence au niveau d’apprentissage du PER et de leurs composantes*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discipline** | | Préscolaire | **1P** | **2P** | **3P** | **4P** | **5P** | **6P** | **7P** | **8P** | **9S** | **10S** | **11S** |
| **Français**  Niveau pour 9 à 11 VG : | Compréhension de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compréhension de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctionnement de la langue |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mathématiques**  Niveau pour 9 à 11 VG : | Espace |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombres |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Opérations |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grandeurs et mesures |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Modélisation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Allemand (dès 5P)**  Niveau pour 9 à 11 VG : | Compréhension de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compréhension de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctionnement de la langue |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Anglais (dès 7P)** | Compréhension de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’oral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compréhension de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Production de l’écrit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fonctionnement de la langue |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sciences de la nature** | Modélisation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Phénomènes naturels et  tech. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Corps humain |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diversité du vivant |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Géographie** | Relation Homme-espace |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Outils et méthodes de recherche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Histoire** | Relation Homme-temps |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Outils et méthodes de recherche |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autre :** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Remarque-s** :

# Intervenant-e-s auprès de l’enfant

***\*\* à remplir par l’inspecteur-trice référent-e MR***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Envoi***  ***PES\*\**** | **Fonction** | **Nom / Prénom** | **Adresse e-mail** | **Début du suivi** | **Fréquence** | **Présent** |
|  | **Directeur-trice de l’établissement :** |  |  |  |  |  |
|  | **Doyen-ne :** |  |  |  |  |  |
|  | **Enseignant-e :** |  |  |  |  |  |
|  | **Enseignant-e :** |  |  |  |  |  |
|  | **Enseignant-e CIF :** |  |  |  |  |  |
|  | **Enseignant-e spécialisé-e :** |  |  |  |  |  |
|  | **Médiateur-trice scolaire :** |  |  |  |  |  |
|  | **Assistant-e à l’intégration :** |  |  |  |  |  |
|  | **Psychologue :** |  |  |  |  |  |
|  | **Psychomotricien-ne :** |  |  |  |  |  |
|  | **Logopédiste :** |  |  |  |  |  |
|  | **Conseiller-ère école-famille :** |  |  |  |  |  |
|  | **Assistant-e social-e scolaire :** |  |  |  |  |  |
|  | **Educateur-trice social-e scolaire :** |  |  |  |  |  |
|  | **Infirmier-ère scolaire :** |  |  |  |  |  |
|  | **Médecin scolaire :** |  |  |  |  |  |
|  | **Pédiatre :** |  |  |  |  |  |
|  | **Pédopsychiatre :** |  |  |  |  |  |
|  | **Ergothérapeute :** |  |  |  |  |  |
|  | **Physiothérapie :** |  |  |  |  |  |
|  | **Intervenant-e Accueil collectif de jour :** |  |  |  |  |  |
|  | **Intervenant-e Accueil socio-éducatif de jour :** |  |  |  |  |  |
|  | **Intervenant-e Renfort petite enfance :** |  |  |  |  |  |
|  | **Pédagogue SEI :** |  |  |  |  |  |
|  | **Assistant-e social-e DGEJ :** |  |  |  |  |  |
|  | **Intervenant-e MATAS :** |  |  |  |  |  |
|  | **Autre :** |  |  |  |  |  |
|  | **Autre :** |  |  |  |  |  |
|  | **Inspecteur-trice référent-e MR :** |  |  |  |  |  |

# Propositions des professionnel-le-s

|  |
| --- |
| **Proposition du lieu de scolarisation :**  **Etablissement envisagé :**  **Signature du /des professionnel-le-s référent-s :** |

# Avis des parents

|  |  |
| --- | --- |
| **Accord avec l’évaluation des besoins effectuée par les professionnels en réseau interdisciplinaire :** | Oui  Non |
| **Accord avec la proposition de scolarisation :** *(établissement régulier – établissement de pédagogie spécialisée)* | Oui  Non  sous réserve  d’une visite ou  d’un stage |
| **Le-s parent-s autorise-nt la DGEO à transmettre les rapports pédagogiques et/ou thérapeutiques et/ou médicaux et/ou le protocole PES de l’élève au futur établissement :** | Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu, date**  **Signature-s de la-des personne-s détentrice-s de l’autorité parentale [[2]](#footnote-2) :** | Parent 1 :  Parent 2 : |
| **Lieu, date**  **Signature de l’inspecteur-trice référent-e MR :** |  |

|  |
| --- |
| **Remarques :** |

Annexe : Procès-verbal du dernier réseau interdisciplinaire ou de la dernière synthèse

Copies à :

* + - Parents :
* Direction de l’établissement de pédagogie spécialisée fréquenté par l’enfant :
* Etablissement de pédagogie spécialisée envisagé :
* Inspecteur-trice référent-e MR :
* Inspecteur-trice référent-e MR de l’établissement de pédagogie spécialisée envisagé :
* Responsable régional-e PPLS :

1. À défaut, la représentante ou le représentant légal désigné par l’autorité tutélaire [↑](#footnote-ref-1)
2. À défaut, la représentante ou le représentant légal désigné par l’autorité tutélaire [↑](#footnote-ref-2)