canton de vaud
DEF Département de l'enseignement et de la formation professionnelle
DGEO Direction générale de l'enseignement obligatoire et de la pédagogie spécialisée

Direction pédagogique – Office du soutien pédagogique et de l'enseignement spécialisé
Rue de la Barre 8 - 1014 Lausanne

Centre de compétence
Demande de prestation

Formulaire à adresser à la plateforme de coordination à ***dgeo-dp.cc@vd.ch***
Les établissements demandeurs sont garants que les mesures et prestations à l'interne ont été préalablement envisagées pour répondre aux besoins.

Prestations indirectes (LPS, Chapitre II, art. 14)
1 Les prestations décrites à l'article 9, alinéa 1, lettres a à e, peuvent être dispensées de façon indirecte sous forme de :
a. conseil, soutien ou guidance ;
b. expertise ou actions de formation ;
c. contribution au repérage précoce ;
d. actions d'information et de prévention.

2 Ces prestations s'adressent aux professionnels qui encadrent des enfants en âge préscolaire ou des élèves, dans le but de leur permettre de mobiliser les ressources complémentaires pertinentes et d'assumer leur mandat de formation, ainsi qu'aux parents qui en font la demande.

3 Lorsqu'elles sont suffisantes, elles sont préférées à des mesures ordinaires et peuvent s'y substituer ou les compléter.

4 Le département définit les modalités de mise en œuvre

Nom de l'établissement demandeur :

☐ établissement ordinaire ☐ établissement de pédagogie spécialisée

Membre du conseil de direction qui valide la demande :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse mail :

Téléphone :

Date : Signature :

☐ **Demande collective**
(information, sensibilisation, grilles d'observation, bonnes pratiques…)

☐ **Demande pour le.la professionnel.le et/ou l'équipe pédagogique**

Description des difficultés rencontrées :

Mesures déjà mises en place par l'établissement :

Besoin(s) du/des professionnel.le.s :

Données de l'élève en lien avec la demande (à compléter si nécessaire)

Nom, prénom :

Date de naissance : Degré de scolarité :

Trouble (diagnostic) :

Intervenant.e.s auprès de l'élève (à compléter si nécessaire)

Profession	Nom, prénom	Téléphone	Mail
Enseignant·e titulaire			
Autre enseignant·e			
Enseignant·e spécialisé·e			
Référent·e MR			
Référent·e TSA			
Psychologue			
Psychomotricien·ne			
Logopédiste			
Pédiatre			
Pédopsychiatre			
Ergothérapeute			
Physiothérapeute			
Educateur·trice			
Assistant·e à l'intégration			
Autre			

Autres renseignements pertinents ou remarques :

Les parents ont donné leur accord pour cette demande de prestation : ☐ oui ☐ non

Les parents autorisent le service et les centres de compétence à prendre contact avec le médecin et/ou les thérapeutes pour obtenir les informations utiles : ☐ oui ☐ non

A compléter par la plateforme

☐ **Validation**

Délai de prise en charge : ☐ immédiat ☐ liste d'attente 1er semestre

Centre de compétence prestataire :

☐ CCS ☐ CCTSA ☐ CCDM ☐ CPHVCC ☐ CCTDI

Détail des prestations prévues :

Date de début : Durée estimée :

Date de fin estimée :

☐ **Refus et motif :**

Visa de l'OSPES

Date : Signature du Répondant cantonal CC :