



DEMANDE D'ÉVALUATION DES BESOINS SUR LE PLAN VISUEL EN MILIEU SCOLAIRE

Formulaire unique de demande intercantonal

Les demandes d'évaluations sont traitées par un pôle interdisciplinaire composé de médecins, d'orthoptistes, de spécialistes en réadaptation et de pédagogues. Une fois la demande transmise, le pôle se charge d'abord de traiter les informations reçues et de les compléter en prenant contact avec les parents et les enseignant.e.s de classe. Ces informations permettent de comprendre la situation de l'enfant dans sa globalité. Le pôle détermine dans un premier temps si une évaluation de la vision fonctionnelle en classe est pertinente. Dans le cas contraire, un retour écrit est fait. Si une évaluation de la vision fonctionnelle en classe s'avère nécessaire, celle-ci se déroule en classe en 2 temps. Un moment d'observation dans la classe, puis un temps en individuel afin de proposer diverses activités spécifiques liées à la vision. Un rapport écrit est ensuite réalisé et des préconisations sont formulées.

Merci de compléter tous les champs, de renvoyer le formulaire à la direction de l'office de l'enseignement spécialisé de votre canton ainsi qu'une copie au secrétariat des pôles : evaluation@cphv.ch

Nouvelle demande

Ré-évaluation d'une situation connue par le CPHV

Informations générales liées à l'élève

Nom de l'élève :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance :

N° AVS :

Nationalité :

Permis :

Langue maternelle :

Adresse :

Canton :

Nom et prénom des parents ou représentant légal :

(parent 1)

(parent 2)

Adresse mail des parents :

(parent 1)

(parent 2)

No de téléphone des parents :

(parent 1)

(parent 2)

Autorité parentale : conjointe parent 1 parent 2 représentant légal autre

Informations sur l'établissement scolaire

Établissement scolaire ordinaire **Institution spécialisée**

Établissement scolaire :

Adresse de l'établissement scolaire :

Année de programme :

Enseignant.e principal.e :

Mail de l'enseignant.e principal.e :

Téléphone de l'enseignant.e principal.e :

Suivis actuels

Logopédie : Nom et contact :

Psychomotricité : Nom et contact :

Ergothérapie : Nom et contact :

Soutien pédagogique (SPS/SPI) : Nom et contact :

Nombre de périodes :

Aide à la vie scolaire : Nom et contact :

Nombre de périodes :

Informations médicales

Nom du.de la pédiatre :

Nom de l'ophtalmologue :

Nom et prénom de l'orthoptiste (si suivi) :

Date du dernier contrôle ophtalmologique :

Informations/diagnostic médicaux connus :

L'enfant porte-t-il des lunettes : oui non

L'enfant porte-t-il des verres de contact : oui non

Un traitement par occlusion (patch) est-il en cours : oui non

Si oui, merci de préciser la durée et si celle-ci se déroule sur le temps scolaire ou à domicile :

L'envoi du dernier rapport ophtalmologique (ou l'autorisation à le demander auprès de l'ophtalmologue) est nécessaire pour un traitement de la demande.

Situation actuelle de l'élève

Observations significatives faites en classe au niveau visuel (ressources, difficultés, besoins) :

Adaptations/aménagements déjà proposés en classe :

Moyens auxiliaires (matériel informatique, lumière, pupitre incliné, etc.) :

Raison de la demande d'évaluation de la vision fonctionnelle en classe :

Autres éléments à relever (moyens de communication, allophonie, niveau scolaire, etc.):

Autorisations

Parents/représentant légal

Avis des parents :

Nous autorisons, l'accès aux rapports et bilans existant à l'équipe pluridisciplinaire du pôle d'EVFES dans le cadre de cette évaluation. *Cette condition est nécessaire pour répondre favorablement à la demande.*

Nous autorisons les membres du pôle interdisciplinaire à avoir accès aux dossiers médicaux de l'HOJG si l'enfant y est patient.

Nous autorisons cette évaluation de la vision fonctionnelle en milieu scolaire.

Nous autorisons l'évaluateur.trice de la vision fonctionnelle à faire usage de la vidéo afin de filmer notre enfant dans le cadre de l'évaluation de la vision fonctionnelle. Cette vidéo ne sera utilisée que pour la rédaction du rapport et la restitution, et sera ensuite effacée.

Date :

Signature :

Établissement scolaire

Nom du.de la directeur.trice/doyen.ne :

Accord du.de la directeur.trice/doyen.ne de l'établissement scolaire

Date :

Signature :

Office cantonal de l'enseignement spécialisé (OES, OSPES, OECO, SPS, SESAM, etc.)

Avis :

Accord du-de la responsable de l'enseignement spécialisé du canton de domicile, selon modalités financières transmises (facturation passage au pôle et si besoin, facturation EVFES).

Nom :

Date :

Signature :

Demande de prise en charge (à remplir après l'évaluation)

Préconisation du pôle

- Suivi régulier : nombre de périodes hebdomadaires ____
- Suivi distance : nombre de périodes annuelles ____
- Scolarisation au CPHV

Date de début :

- Pas de suivi

Autres :

Autorisation du canton

- Demande acceptée telle quelle
- Demande acceptée avec modifications

Commentaires :

- Demande refusée

Commentaires :

Nom :

Date :

Signature :