



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

## PROJET DE SCOLARISATION EN ETABLISSEMENT DE PEDAGOGIE SPECIALISEE OU EN CLASSE REGIONALE DE PEDAGOGIE SPECIALISEE

1. Chaque élève scolarisé dans un établissement de pédagogie spécialisée fait l'objet d'un avis annuel de prise en charge.
2. Cet avis est à transmettre au plus tard le 15 juin de l'année précédant la rentrée scolaire.
3. Pour les admissions en cours d'année scolaire, cet avis est à transmettre au moins 3 semaines avant le début de la prise en charge.

### Informations du bénéficiaire

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

### Informations de scolarisation

Nom de l'établissement :
Structure prévue (site) :
Début de la prise en charge :

### Besoins dans le cadre de la scolarisation

TRANSPORT	Nécessité d'organiser des transports : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, modalités ( <i>plusieurs possibles</i> ) : <input type="checkbox"/> Transports publics ( <i>compléter le formulaire de remboursement</i> ) <input type="checkbox"/> Véhicule des parents ( <i>CHF 0.45 ct/km, nb de trajets hebdomadaires : compléter le formulaire de remboursement</i> ) <input type="checkbox"/> Transport scolaire organisé par l'établissement, spécifier le motif :
REPAS DE MIDI	Nombre de repas par semaine : <i>(Une participation financière est demandée aux parents conformément à l'art. 59 LPS.)</i>
HEBERGEMENT	Nécessité d'une prise en charge en internat : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, justification : <input type="checkbox"/> Eloignement géographique <input type="checkbox"/> Handicap ne permettant pas le transport <input type="checkbox"/> Situation post-opératoire si la structure a les conditions pour accueillir l'élève <input type="checkbox"/> Diagnostic entraînant le besoin d'un accompagnement professionnel continu <input type="checkbox"/> Besoins de soins médicaux intenses <input type="checkbox"/> Apprentissage de l'autonomie en vue du post-obligatoire  Nombre de nuits par semaine :

	Autres prestations, à préciser : <i>(par exemple week-end, vacances scolaires, etc.)</i>
--	---

Des pièces justificatives peuvent être demandées aux représentants légaux, à l'établissement, ainsi qu'aux partenaires concernés (Pro Infirmis, DGEJ, etc.).

### Accord et signatures

<p>Avec l'accord d'un ou des représentants légaux :</p> <p>Représentant légal 1    <input type="checkbox"/> Oui Nom : Prénom :</p> <p>Représentant légal 2    <input type="checkbox"/> Oui Nom : Prénom :</p>	<p>Pour la direction de l'établissement :</p> <p>Nom : Prénom : Fonction :</p> <p>Date :</p> <p>Signature et sceau :</p>
---	--