

DEMANDE DE SOUTIEN EDUCATIF

adressée à la Commission d'intégration précoce
 (p.a. : SESAF, Office de l'enseignement spécialisé, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne)

Bénéficiaire de la prestation demandée

Nom, prénom :

Né(e) le : Sexe : M F

Adresse, localité :

Nom du père : Téléphone :

Nom de la mère : Téléphone :

Organismes / personnes aidant l'enfant et sa famille : (Pro Infirmis, Service éducatif itinérant, pédiatre, etc...)

Motivation de la demande de soutien éducatif

Principales difficultés de l'enfant :

Difficultés rencontrées au quotidien par l'institution d'accueil de jour :

.....

Point de vue des parents :

.....

Horaire prévu de fréquentation :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	de à	de à	de à	de à	de à
Repas de midi	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Après-midi	de à	de à	de à	de à	de à

Date du début de l'accueil :

.....

DEMANDE DE SOUTIEN EDUCATIF
adressée à la Commission d'intégration précoce

Institution d'accueil de jour

Nom :

Adresse :

Courriel :

Direction : Téléphone :

Référent (e) : Téléphone :
(personne référente pour cette demande, si autre que la directrice ou le directeur)

Responsable financier : IBAN/CCP :

Capacité d'accueil selon l'âge des enfants accueillis :

0 à 18/24 mois		En âge de Cycle Initial (CIN)	
18/24 mois à 30/36 mois		En âge du Cycle Primaire (CYP)	
30/36 mois à 4 ans		En âge du Cycle de Transition (CYT)	

Jours et heures d'ouverture :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Midi					
Après-midi					

Rythme annuel de fermeture :

.....

Avez-vous déjà accueilli un ou plusieurs enfants en situation de handicap ? oui non

Actuellement, votre institution bénéficie-t-elle déjà d'un soutien éducatif ? oui non

Spécification de la demande de soutien éducatif

Descriptif de la mesure sollicitée :

(engagement d'un renfort de personnel : date de début d'engagement prévue ; qualifications de la personne si déjà connues)

.....
.....
.....

Nombre d'heures de soutien demandé par semaine :

Signatures

Par leurs signatures les parents et la direction de l'institution s'engagent dans ce projet d'intégration ; elles acceptent à cet effet de se réunir **deux fois par an pour son évaluation**, et de renvoyer à la Commission un bilan écrit (au moyen du formulaire ad hoc) **au plus tard le 15 mai et le 10 décembre**. Si le projet d'intégration cesse prématurément ou si le financement du soutien éducatif n'est plus nécessaire, **la Direction de l'institution en informe par écrit la Commission** (joindre le bilan).

En outre, les parents autorisent la Commission à prendre contact, au besoin, avec les organismes ou personnes mentionnées plus haut qui viennent en aide à l'enfant et à la famille.

Les parents :

La direction de l'institution :

Signatures :

Date :