Réf. : 124

Service de l’enfance, des écoles et

de la cohésion sociale

Secteur de psychologie

Rue de l’Hôpital 2

1700 Fribourg

Demande d'intervention du service de logopédie, psychologie et psychomotricité (SLPP)

**Intervention(s) souhaitée(s) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Psychologie** [ ]  | **Logopédie** [ ]  | **Psychomotricité** [ ]  |

Pour la Ville de Fribourg, les prestations de **logopédie** et de **psychomotricité** sont dispensées par les thérapeutes de **Flos Carmeli**, les demandes doivent être effectuées à l’aide du formulaire disponible à l’adresse suivante : <https://www.fr.ch/search?q=slpp%20flos%20carmeli>

**Elève** (Nom(s) et prénom(s) selon papiers officiels (carte d’identité, passeport, …)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |       | Prénom-s |       |
| Date naiss. |       | Sexe : G/F |       | Année programme |  H | Année scolarité |   |
| Arrivée dans la classe |       | N. d’élèves en classe |       |
| Nationalité |       | Langue maternelle |       |
| Langue parlée à la maison |       | En Suisse depuis |       |

**Coordonnées des représentants légaux**(Nom(s) et prénom(s) selon papiers officiels (carte d’identité, passeport, …)

**Mère**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |       | Prénom-s |       |
| Adresse  |       | NP et domicile |       |
| E-Mail |       | Tél. fixe/mobile |             |
| Autorité parentale [ ]  oui [ ]  non |

**Père**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |       | Prénom-s |       |
| Adresse |       | NP et domicile |       |
| E-Mail |       | Tél. fixe/mobile |             |
| Autorité parentale [ ]  oui [ ]  non |

**Autre représentant-e légal-e**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom-s |       | Prénom-s |       |
| Service /Adresse |       |
| E-Mail |       | Tél. fixe/mobile |             |
| Mandat |       |

**Enseignant-e-s titulaire-s**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Titulaire 1** | **Titulaire 2** |
| Nom/Prénom |       |       |
| Tél. fixe/mobile |             |             |
| E-Mail |       |       |

**Etablissement**

|  |  |
| --- | --- |
| Ecole primaire ou cycle d’orientation |       |
| Adresse  |       |

**Mesures de soutien antérieures**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Service éducatif itinérant (SEI) | [ ]  oui | [ ]  non | Période |       |
| Mesure d’aide ordinaire de pédagogie spécialisée (MAO) | [ ]  oui | [ ]  non | Période |       |
| Mesure d’aide renforcée de pédagogie spécialisée (MAR) | [ ]  oui | [ ]  non | Période |       |
| Psychologie | [ ]  SLPP | [ ]  privé | Période |       |
| Logopédie | [ ]  SLPP | [ ]  privé | Période |       |
| Psychomotricité | [ ]  SLPP | [ ]  privé | Période |       |
| Autres |       |
|  |

**Contact préalable avec le service**

|  |  |
| --- | --- |
| Qui a contacté |       |
| Nom et prénom du/de la thérapeute contacté-e |       |
| Date de l'entretien |       |
| Remarques éventuelles |       |

**Quel est le problème ?** (description la plus complète possible de la problématique observée à l’école et à la maison)

|  |
| --- |
|       |

**Quelles mesures en lien avec la problématique ont été mises en place ?**

|  |
| --- |
|       |

**Quelles sont les attentes en lien avec la prise en charge des SLPP ?**

**Quel est l’avis de l’enseignant-e par rapport à la demande (favorable, défavorable, réticent, …)**

**Remarques éventuelles**

**Ce document a été rempli avec l’aide de l’enseignant-e :** [ ]  oui [ ]  non

**Date :       Si oui, signature de l’enseignant-e : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorisation de communiquer**

Par leur signature, le-s représentant-s légal-aux donne-nt leur accord afin que les données récoltées dans le cadre de l’examen sollicité ainsi que le traitement thérapeutique puissent être échangées avec d’autres professionnels-lles (enseignant, responsable d’établissement, autres spécialistes concernés), pour autant que celles-ci soient nécessaires ou utiles à l’accompagnement de l’enfant.

**Date et signatures des représentants légaux.** *Si les parents partagent l’autorité parentale, mais ne vivent pas ensemble, la signature des deux est nécessaire.*

**Date :** **Signatures :**

Décision et remarques de la direction des SLPP

Accord pour la gratuité : [ ]  oui [ ]  non

Remarques :

**Date :**       **Signature :**

**Information de la décision :**

 - Directeur-trice d’établissement primaire/Directeur-trice de CO

 - Les parents

Base légale

**Art. 64, LS** Accord des parents et gratuité

1 Les examens individuels, les mesures de soutien et les traitements sont subordonnés à l’accord des parents.

2 Le recours au service de logopédie, psychologie et psychomotricité est gratuit s’il est conforme aux prescriptions fixées par la Direction.

**Art. 131, RLS** Recours aux services (art. 64 LS)

1 Pour avoir recours aux services de logopédie,psychologie et psychomotricité, les parents, si possible en collaboration avec l’enseignant ou l’enseignante, adressent une demande à la direction desdits services. Le cas échéant, ils peuvent bénéficier des conseils des professionnel‑le‑s intervenant auprès de l’élève pour formuler leur demande.

2 La direction des services de logopédie,psychologie et psychomotricité informe la direction d’établissement de sa décision.