Demande de mesures renforcées

Prière d'écrire en lettre imprimée.

# Identité du/de la bénéficiaire de mesures renforcées

## Nom de famille [ ]  féminin [ ]  masculin

|  |
| --- |
|       |

## Prénoms (tous les prénoms, prière de souligner le prénom usuel)

|  |
| --- |
|       |

## Date de naissance (jour, mois, année) Numéro AVS/AI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Domicile légal avec adresse exacte :Rue, numéro NPA, localité

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

##  Numéro de téléphone Numéro de mobile

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Existe-t-il une tutelle ? [ ]  oui [ ]  non Une curatelle ? [ ]  oui [ ]  non

##  Si oui, nom et adresse du tuteur/de la tutrice, respectivement du curateur/de la curatrice (prière de joindre une copie de l’attestation de l’autorité tutélaire ou de l’acte de nomination du curateur)

|  |
| --- |
|       |

## Origine pour les citoyennes/citoyens suisses

##  Commune d'origine/canton

|  |
| --- |
|       |

##  Origine pour les ressortissants étrangers

##  Pays d'origine Date d'entrée en Suisse

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

# Identité des parents du/de la bénéficiaire de mesures renforcées

**Mère**

## Nom de famille Nom de jeune fille

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Prénoms (tous les prénoms, prière de souligner le prénom usuel)

|  |
| --- |
|       |

## Date de naissance (jour, mois, année)

|  |
| --- |
|       |

## Adresse : Rue, numéro NPA, localité

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

##  Numéro de téléphone Numéro de mobile

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| Adresse e-mail |  |
|            |

## Origine pour les citoyennes suisses

##  Commune d'origine/canton

|  |
| --- |
|       |

##  Origine pour les ressortissantes étrangères

##  Pays d'origine Date d'entrée en Suisse

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Etat civil

|  |
| --- |
|       |

## Autorité parentale [ ]  Oui [ ]  Non

**Père**

## Nom de famille

|  |
| --- |
|       |

## Prénoms (tous les prénoms, prière de souligner le prénom usuel)

|  |
| --- |
|       |

## Date de naissance (jour, mois, année)

|  |
| --- |
|       |

## Adresse : Rue, numéro NPA, localité

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

##  Numéro de téléphone Numéro de mobile

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| Adresse e-mail |  |
|       |

## Origine pour les citoyens suisses

##  Commune d'origine/canton

|  |
| --- |
|       |

##  Origine pour les ressortissants étrangers

##  Pays d'origine Date d'entrée en Suisse

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

## Etat civil

|  |
| --- |
|       |

## Autorité parentale [ ]  Oui [ ]  Non

# Médecin

##  Nom et adresse du médecin traitant

|  |
| --- |
|       |

# Autorisation de communiquer des renseignements

Par leur signature, les représentants légaux autorisent tous les professionnel-le-s intervenant ou ayant intervenu auprès de l’enfant concernée-e, en particulier le personnel enseignant et médical, les psychologues, les logopédistes et les psychomotriciens, à fournir les renseignements nécessaires à l’examen du bien-fondé de la demande et de l’éventuel octroi d’une mesure renforcée.

# Protection des données

Les présentes données personnelles sont destinées au Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aides (SESAM). Elles ne sont pas communiquées à des tiers.

# Pièces à joindre à la demande

## Nationalité suisse

copie d'une **pièce d'identité officielle** (livret de famille, passeport ou carte d’identité) qui atteste de l'identité du/de la bénéficiaire **et** de ses parents

et

copie du **certificat d'assurance AVS/AI** si le/la bénéficiaire en possède un

## Ressortissants étrangers

copies des passeports étrangers du/de la bénéficiaire **et** de ses parents

**et**

copie de l’autorisation de séjour/d’établissement pour le/la bénéficiaire **et** ses parents

et

copiedu **certificat d'assurance AVS/AI** si le/la bénéficiaire en possède un

## A joindre si nécessaire

copie de l’attestation de l'autorité tutélaire ou de l’acte de nomination du curateur

# Signatures

Les soussignés attestent avoir donné dans ce formulaire des renseignements complets et conformes à la vérité et qu'il en est de même pour les annexes y relatives.

##  Date

|  |
| --- |
|       |

##  Signatures des représentants légaux

|  |
| --- |
|       |

##  Si les parents partagent l’autorité parentale, mais n’habitent pas ensemble, la signature des deux est nécessaire.

## Annexes et remarques complémentaires

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |