Demande de prolongation de mesure d’aide renforcée (MAR)

—

Données administratives de l’élève

MAR au sein d’une institution de pédagogie spécialisée avec prise en charge résidentielle

MAR au sein d’une institution de pédagogie spécialisée sans prise en charge résidentielle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | | |
| Date de naissance |  | | |
| Date des derniers bilans (psy, logo, psychomot, médicaux actualisés) |  | | |
| Thérapies suivies par l’élève |  | | |
| Année de scolarité obligatoire |  | Année de programme |  |
| Début de la MAR |  | | |
| Etablissement scolaire |  | | |

Eléments pertinents et/ou changements importants dans l’évolution de l’élève

|  |
| --- |
| *Diagnostic ou suspicion de diagnostic* |

|  |
| --- |
| *Fonctionnement général : cognitif, affectif, langagier, autonomie, communication et relations* |

|  |
| --- |
| *Niveaux d’apprentissage* |
| *Facteurs environnementaux pertinents* |

Proposition de durée de la prolongation de la mesure d’aide renforcée

Prolongation 1 année  Prolongation 2 années  fin de mesure

Proposition de durée de la prolongation de la MAR internat scolaire ou offre d’accueil temporaire

Prolongation 1 année  Prolongation 2 années  fin de mesure

**Nuitées à l’internat scolaire souhaité(es) par semaine**

2  3

4  5

**Fréquence à l’offre d’accueil temporaire OASIS souhaitée**

      week-end par année (durant l’année scolaire)

      jours durant les vacances scolaires (entre le 01.09 et le 31.08)

Remarques :

Besoins actuels de l’élève motivant la poursuite de la mesure d’aide renforcée

|  |
| --- |
| *(développer)* |

Avis et remarques

|  |  |
| --- | --- |
| De l’élève |  |
| Du et/ou de la représentant-e légal-e |  |
| Autre(s) |  |

**Signature des représentants légaux**

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

Lieu, date et signature du et/ou de la représentant-e légal-e :

Lieu, date et signature de l’enseignant-e spécialsié-e :

Lieu, date et signature de la direction de l’institution :

Annexes :

Rapport(s) thérapeutique(s)/médical(aux) :

Ce document de demande de prolongation de mesure d’aide renforcée est à mettre en lien avec le(s) rapport(s) suivant(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nom et prénom* | *Profession* | *Date* |
|  |  |  |