|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\l0p1r2\Desktop\vd_logo_noir_36mm.tif** | 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 |

**Demande de prestation d’aide à l’intégration   
Relevant de la loi du 1er septembre 2015 sur la pédagogie spécialisée (LPS) au sein d’un lieu d’accueil collectif de jour au sens de la loi du 20 juin 2006 sur l’accueil de jour des enfants (LAJE)**

*Le but est d’augmenter l’encadrement du groupe d’enfants de manière à mieux accueillir l’enfant à besoins éducatifs particuliers*

***À remplir en version informatique et à retourner à l’OSPES : Rue de la Barre 8, 1014 Lausanne***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bénéficiaire\* de la prestation demandée** *\*Joindre une copie de la carte d’identité* | | | |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Né(e) le : |  | Sexe : | M  F |
| Adresse : |  | | |
| NPA : |  | Localité : |  |
| N° AVS : |  |  |  |
| **Parent 1 / représentant légal** | |  |  |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Téléphone |  | e-mail : |  |
| Adresse : |  | | |
| NPA : |  | Localité : |  |
| **Parent 2 / représentant légal** | |  |  |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Téléphone |  | e-mail : |  |
| Adresse : |  | | |
| NPA : |  | Localité : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descriptif du lieu d’accueil** | | | | | | | |
| Nom du lieu d’accueil |  | | | | N° AE (OAJE) | |  |
| Adresse |  | | | | | | |
| NPA : |  | | | Localité : | |  | |
| Forme juridique : |  | | | Nom du réseau : | |  | |
| **Direction (contact)** | | | |  | |  | |
| Nom : |  | | | Prénom : | |  | |
| Téléphone |  | | | e-mail : | |  | |
| **Référent-e de la demande** | | | |  | |  | |
| Nom : |  | | | Prénom : | |  | |
| Téléphone |  | | | e-mail : | |  | |
| **Combien d’enfants à besoins éducatifs particuliers accueillez-vous par secteur (trotteurs, ...) ?**  *Le cas échéant, remplir le tableau de présence des assistant.e.s à l’intégration en annexe* | | | | | | | |
| Secteur : | | Nbre d’enfants : | | Nb d’heures d’accompagnement (total/secteur) : | | | |
| Secteur : | | Nbre d’enfants : | | Nb d’heures d’accompagnement (total/secteur) : | | | |
| **• Pour les structures préscolaires :** | | | |  | | | |
| Nombre de semaines de fermeture annuelle : | | |  | | | | |

**Demande d’accompagnement***Joindre un rapport médical attestant des difficultés en raison de l’existence d’un trouble invalidant ou d’une déficience, à l’exception des demandes n’excédant pas 10 heures hebdomadaires et leur premier renouvellement*

1. **Nouvelle demande :**
2. **1er Renouvellement :**  Date du premier octroi de prestation :
3. **Renouvellement subséquent :**  Date du premier octroi de prestation :

**Durée prévisible de la mesure demandée du :**       **au**      

**Nombre d’heures hebdomadaires demandées :**       *Pour information, jusqu’à 10 heures hebdomadaires : max ½ des heures de présence enfant  
Au-delà de 10 heures hebdomadaires : max ¾ des heures de présence enfant*

**Objectifs et moyens visés par l’accompagnement**

**Motif de la demande / Réévaluation en cas de renouvellement**

Trouble invalidant ou déficience (si connu) :

**Principales difficultés de l’enfant :** (en regard de l’art. 29 RLPS)

Difficultés relationnelles, entraves dans les aptitudes sociales

Difficultés du respect des normes de sécurité et du cadre

Gestion de crise, mise en danger

Autonomie restreinte (en regard des compétences attendues pour son âge)

Retard de langage

**Principales difficultés rencontrées par la structure d’accueil de jour, ainsi que les moments et environnements où les difficultés justifient une intervention accrue**

**Autres mesures déjà prises au sein de votre structure : notamment, ressources internes propres mobilisées et aménagements architecturaux et organisationnels effectués**

**Moyens organisationnels et adaptations envisagés grâce à l’assistant.e à l’intégrationprenant en compte les principes de la LPS** *Joindre le projet éducatif personnalisé en faveur de l’enfant concerné*

**Horaire hebdomadaire de fréquentation de l’enfant**

***(\* horaire sans repas)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

**Horaire des besoins avérés en sus de l’encadrement de base** *(max ¾ des heures de présence)*

***(\* horaire sans repas)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

|  |
| --- |
| **Remarque / justification** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Facturation\*** - si personnel engagé par le lieu d’accueil | | | | | | | | | |
| **Responsable de la facturation** | | | | | | | | | |
| Nom : | |  | | Prénom : | | | |  | |
| Téléphone : | |  | | e-mail : | | | |  | |
| Nom de la société si différent du nom du lieu d’accueil : | | | | | |  | | | |
| Adresse |  | | | | | |  | | |
| NPA : |  | | | | Localité : | | | |  |
| **Adresse de paiement** | | | | | | | | | |
| Titulaire du compte : | | |  | | | | | | |
| IBAN : | | |  | | | | | | |

**CHECK LIST**

*Avant l’envoi de la demande, vérifiez que les documents suivants sont joints à la demande, sans quoi elle ne pourra pas être traitée*

Carte d’identité de l’enfant

Rapport médical si l’accompagnement est supérieur à 10 heures hebdomadaires et à 12 mois

Copie du bulletin de versement

Projet éducatif personnalisé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signatures** | | | |
| Date : |  | Signature des parents / représentants légaux : |  |
| Date : |  | Signature du responsable de la structure : |  |
|  |  |  |  |

**Signatures**

Par leurs signatures les parents et la direction du lieu d’accueil s’engagent dans ce projet ; ils acceptent à cet effet de se réunir **deux fois par an pour son évaluation**, et de renvoyer à la DGEO toute demande de renouvellement au moyen du même formulaire. Les parents autorisent la transmission à la DGEO des documents médicaux relatifs à l’enfant en lien avec la demande. En outre, ils autorisent la DGEO à prendre contact, au besoin, avec les professionnels (y compris sanitaire) entourant l’enfant concerné.

Si le projet d’intégration cesse prématurément ou si le financement du soutien éducatif n’est plus nécessaire, **la direction de la structure en informe par écrit et de façon motivée la DGEO**.

La demande de prestation d'aide à l'intégration vaut demande de subvention par le lieu d’accueil.

*En cas d’octroi de la prestation, le lieu d’accueil peut engager du personnel éducatif supplémentaire. Il est lié aux conditions-cadre figurant sur le site de la DGEO (www.vd.ch/themes/formation/pedagogie-specialisee/enseignement-specialise) : ces dernières règlent en particulier les conditions d’octroi de la prestation et son financement sous forme de subvention. En tant qu’entité subventionnée, le lieu d’accueil est soumis à la loi sur les subventions (LSubv).*

Exception : Recours à la Fondation Coup d’Pouce (FCP) pour la mise à disposition d’un.e assistant.e à l’intégration.

*La structure d’accueil fait appel à la FCP. Une convention de subventionnement ad hoc régit le financement des prestations entre le service en charge de la pédagogie spécialisée et la FCP.*

*Annexe*

**Horaire des autres assistant.e.s à l’intégration au sein du lieu d’accueil :**

***(\* horaire sans repas)***

*N° référence de la décision concernant l’enfant 1 :*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

*N° référence de la décision concernant l’enfant 2 :*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

*N° référence de la décision concernant l’enfant 3 :*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

*N° référence de la décision concernant l’enfant 4 :*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | **Total heures** |
| Matin\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |
| Repas | oui  non | oui non | oui  non | oui  non | oui  non |  |
| Après-midi\* | de       à | de       à | de       à | de       à | de       à |  |

|  |
| --- |
| Commentaires *préciser de quelle manière des collaborations entre les différentes aides ont été envisagées* |
|  |