

Formulaire de demande d'une technologie d'aide – TA (TA1a)

À adresser via mail à SE-demandeTA@admin.vs.ch

Renseignements personnels sur l'élève

Nom: _____

Prénom : _____

Sexe : ☐ féminin ☐ masculin

Date de naissance : _____ (jj, mm, aaaa)

Numéro d'assuré : 756. _____

(13 chiffres. Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie)

Coordonnées du/des représentant/s légal/légaux

Nom, prénom Parent 1 : _____

Nom, prénom Parent 2 : _____

Numéro de téléphone (contact) : _____

Adresse email (contact) : _____

Domicile officiel de l'enfant et école

Rue, n°, code postal et lieu : _____

Ecole fréquentée actuellement : _____

Désignation et adresse de l'école : _____

Degré scolaire actuel : _____

Données sur l'atteinte à la santé

Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé : Diagnostic(s) posé(s)

Trouble développemental de l'apprentissage	Trouble développemental (moteur)	Trouble du développement	Autres troubles ou diagnostic
☐ avec troubles de la lecture (<i>dyslexie</i>) ☐ avec troubles de l'expression écrite (<i>dysorthographe</i>) ☐ avec difficultés en mathématiques (<i>dyscalculie</i>) ☐ Trouble développemental du langage (<i>dysphasie</i>)	☐ TDC (<i>dyspraxie</i>) ☐ Dysgraphie	☐ TSA ☐ TDA -TDAH ☐ avec médication	☐ Haut potentiel ☐ Autres (précisez) : _____ _____

Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé : Diagnostic(s) éventuel(s) en cours d'évaluation.

☐ Autres (précisez) : _____

Médecins, suivis, thérapeutes, ...

Prrière de nous indiquer ici votre médecin de famille/pédiatre ainsi que les autres médecins, thérapeutes, hôpitaux ou centres de soins et de suivis qui vous traitent.

Nom et adresse : _____

☐ Médecin ☐ Hôpital ☐ Logopédiste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricité ☐ Psychologie

☐ autre : _____

☐ actuellement en traitement/suivi ☐ traitement/suivi terminé

Nom et adresse : _____

☐ Médecin ☐ Hôpital ☐ Logopédiste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricité ☐ Psychologie

☐ autre : _____

☐ actuellement en traitement/suivi ☐ traitement/suivi terminé

Nom et adresse : _____

☐ Médecin ☐ Hôpital ☐ Logopédiste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricité ☐ Psychologie

☐ autre : _____

☐ actuellement en traitement/suivi ☐ traitement/suivi terminé

Nom et adresse : _____

☐ Médecin ☐ Hôpital ☐ Logopédiste ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricité ☐ Psychologie

☐ autre : _____

☐ actuellement en traitement/suivi ☐ traitement/suivi terminé

Autorisation de communiquer des renseignements

En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e

(1) autorise les personnes mentionnées dans la demande à communiquer tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations d'une technologie d'aide et de recours en vue de la prise d'une décision. Ces personnes sont soumises à l'obligation de renseigner.

(2) s'engage à fournir tous documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision.

Aucune facture ne sera payée avant l'acceptation de la situation et du devis par le Canton.

Le/la soussigné-e atteste 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 : _____

Signature des représentants légaux

Annexes :

- ☐ Rapports des thérapeutes-médecins concernés (diagnostics)
- ☐ TA1b - Formulaire d'attestation de demande de technologie d'aide datant **de moins de 6 mois** (complété et signé par un thérapeute, médecin ou enseignant)
- ☐ Attestation d'autorisation des moyens auxiliaires à l'école incluant les mesures de compensation actuellement mises en œuvre (rédigée et signée par la direction d'établissement)
- ☐ Devis informatique pour une technologie d'aide (réalisé lors d'un réseau avec un prestataire informatique mandaté par l'Office de l'enseignement spécialisé)

Liste des prestataires informatiques mandatés (état au 14.02.2025) :

- Gobiz Sàrl, Fully