



(Laisser en blanc)

Demande d'évaluation de la vision fonctionnelle

Identité de l'enfant ou du-de la jeune	
Nom :	Prénom-s : <small>(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)</small>
Date de naissance (j/m/a) :	Féminin
Numéro AVS :	Nationalité :
Adresse :	NPA + localité :
N° téléphone :	Vivant en Suisse, depuis : la naissance le :
Langue-s première-s :	Autre-s langue-s :
Coordonnées du/des représentant-s légal-aux	
Père	Mère
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance (j/m/a) :	Date de naissance (j/m/a) :
Adresse :	Adresse :
NPA + localité :	NPA + localité :
N° téléphone / mobile :	N° téléphone / mobile :
Adresse e-mail :	Adresse e-mail :
Détenant-eur-s de l'autorité parentale : Père et mère Père Mère Autre :	
Diagnostic visuel et questionnements (à remplir et signer ou joindre un rapport médical)	
Lieu et date :	Signature du-de la médecin ou du-de la professionnel-le

Autres difficultés (à remplir et signer ou joindre un rapport médical)	
Lieu et date :	Signature du-de la médecin ou du-de la professionnel-le

Autorisation :

Nous avons consulté un-e spécialiste et une évaluation de la vision fonctionnelle nous a été proposée, ceci afin de mettre en évidence les besoins d'une prise en charge spécifique dans le domaine de la vision. Pour cette raison, nous nous permettons de vous adresser une demande d'autorisation pour obtenir, auprès du CPHV (Lausanne), une évaluation à domicile de la vision fonctionnelle de notre enfant.

Par leur signature, le/les représentant-s légal-aux de l'enfant, autorise-nt toutes les personnes et toutes les entités concernées par le suivi de l'élève (en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements spécialisés, les caisses-maladie et les organismes publics) à donner à l'OES les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations.

La/les personne-s soussignée-s autorise-nt également l'OES à transmettre les informations nécessaires au suivi scolaire et/ou pédago-thérapeutique.

Lieu et date :

Signature du/des représentant-s légal-aux

Annexes éventuelles :