**Annexe 98c**

**Formulaire de demande d’intervention dans le coût de prestations de logopédie**

**B3 – dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie**

(toutes les rubriques doivent être complétées)

***Les prescriptions médicales pour le bilan logopédique et pour le traitement logopédique doivent être jointes à ce formulaire lors de la demande d'accord.***

**Renseignements administratifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire**  (à compléter ou coller une vignette) | **Identification du logopède** |
| Nom et prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Numéro National : | Nom et prénom :  Adresse :  N° de téléphone  Email :  Numéro INAMI : |

**Intervention des prestations logopédiques**

- Bilan initial

lieu :

date(s) :

- Traitement

à partir du :

lieu :  cabinet  domicile  école  hôpital

**Rapport logopédique**

***Anamnèse***

* Age chronologique :
* Langue(s) familiale(s) :
  + Si plusieurs langues, langue familiale dominante :
* Enseignement
  + Langue d’enseignement :
  + Durée d’exposition à la langue d’enseignement :
  + Type d’enseignement :
  + Année scolaire fréquentée :
  + Redoublement :  oui  non  Si oui, année redoublée :

***Données du bilan logopédique***

* Tests et étalonnages utilisés *(nom, auteurs et date de publication)* :
  + …
  + …
* Résultats :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Epreuves | Résultats | Percentile/Ecart-type |
| Lecture |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Orthographe |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Calcul |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Caractéristiques du trouble après données du bilan logopédique : B3 (dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie)***

au moins 6 mois dans l’enseignement primaire ou secondaire

deux résultats inférieurs ou égaux aux valeurs de critère pour différents domaines en lecture et/ou en orthographe et/ou en calcul

comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus

de l’aide supplémentaire fut mise en place    à l’école

à la maison

autre :

***L’évaluation des capacités suivantes est présente dans le bilan :***

précision et vitesse de lecture

développement phonologique (en cas de dyslexie et dysorthographie)

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature du logopède | Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant légal/tuteur |
|  |  |

**Décision du médecin conseil**

|  |
| --- |
| Date de réception :  Décision :  Accord du bilan logopédique  Accord du traitement logopédique  Refus du bilan logopédique  Refus du traitement logopédique  Autre  Date et signature : |