Rapport de demande de mesures pédago-thérapeutiques en cas de difficultés psychomotrices

pour des enfants de la naissance à la fin de la 1H

[ ]  Nouvelle demande [ ]  Réouverture

[ ]  Prolongation [ ]  Complément à une demande MAR (délai au 28 février)

Données de base concernant l’enfant

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Genre |       |
| Nom, prénom de la mère |       |
| Nom, prénom du père |       |
| Adresse exacte |       |
| Titulaire de l’autorité parentale |       |
| Ecole ou autre structure |       |
| Degré scolaire |       |
| Enseignant-e-s actuel-le-s |       |
| Le cas échéant diagnostic médical + médecin traitant |       |
| Parcours thérapeutique et mesures actuelles |       |

# Contexte de la demande

# Bilan psychomoteur

## Dates des séances

## Tests et méthode utilisés

[ ]  M-ABC2 [ ]  DF-MOT [ ]  Profil de Dunn

[ ]  Peabody [ ]  Items du bilan SM Bullinger [ ]  NEPSY I

[ ]  autre :

## Observations cliniques et résultats/cotation des tests utilisés

### Axe contexte anamnestique

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|       |       |

### Axe tonico-moteur

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|       |       |

### Axe sensoriel et perceptif

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|       |       |

### Axe cognitif

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|       |       |

### Axe relation et émotion

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|       |       |

# Projet thérapeutique

## Conclusion et diagnostic psychomoteur (dans une vision bio-psycho-sociale)

## Principaux axes du projet thérapeutique

# Mesure-s souhaitée-s

## Prise en charge individuelle

Thérapie psychomotrice individuelle du  au

Durée des séances : [ ]  15 min [ ]  30 min [ ]  45 min [ ]  60 min [ ]  75 min [ ]  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

## Prise en charge de groupe

Thérapie psychomotrice en groupe du  au

Durée des séances : [ ]  30 min [ ]  45 min [ ]  60 min [ ]  75 min [ ]  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

## Coaching/guidance

Coaching/guidance du  au

Durée des séances : [ ]  15 min [ ]  30 min [ ]  45 min [ ]  60 min [ ]  75 min [ ]  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, adresse du-de la thérapeute en psychomotricité |       |
| Lieu, date et signature du/de la thérapeute en psychomotricité |       |

**Annexes**

**—**

Formulaire S-001-FR données personnelles de l’enfant ou du/de la jeune

Le cas échant, rapport médical posant un diagnostic.

**Copie-s**

**—**