Psychomotorik

Schlussbericht

**Angaben des Kindes oder der/des Jugendlichen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse |  |
| Gesetzliche Vertretung |       |
| Schule oder andere Institution |       |
| Schuljahr |       |

# Kurze Beschreibung des psychomotorischen Entwicklungsverlaufs

## Art der psychomotorischen Begleitung, Datum Start/Ende, Schwerpunkte des Therapieprojekts

# Kurze Beschreibung der aktuellen Kompetenzen und des eventuell weiterbestehenden Bedarfs

# Angaben zum Therapieabschluss

## Begründung, Information an die Schülerin/den Schüler, Eltern, Netzwerk réseau

# Leistungserbringer/in

Schuldienst/Institution:

Für die Therapie verantwortliche Psychomotoriktherapeutin / verantwortlicher Psychomotoriktherapeut :

Ort, Datum; Unterschrift:

\*\*\*

Schuldienst/Institution:

Abteilungsleiterin/Abteilungsleiter:

Ort, Datum; Unterschrift:

**Kopie**

**—**