Rapport logopédique

D’évolution

Spécifique pour       (par exemple : médecin, transfert, etc.)

**Données de l’enfant et des parents :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Adresse** |  |
| **Représentants légaux** |  |

# Etat actuel de la situation de l’enfant/du jeune

## Description de l’accompagnement logopédique mis en place : date de début, fréquence, setting, principaux axes du projet thérapeutique

## Eventuelles autres informations pertinentes à relever depuis le dernier rapport

## Questionnement actuel

# Evaluation/bilan logopédique

## Description du setting d’évaluation/bilan (choix d’outils métriques et cliniques)

## Description des principaux résultats utiles au diagnostic-pronostic et interprétation

# Conclusion du bilan

## Diagnostic logopédique bio-psycho-social

"Les compétences de langage et de communication et les difficultés qui y sont liées de type ont les impacts principaux suivants sur le développement bio-psycho-social de l'enfant/du jeune" (relativement à A et P)

## Axes actualisés du projet thérapeutique et éventuelles hypothèses pronostiques

# Structure du contrat de partenariat

# Formalisation des mesures de logopédie :

Type d’intervention :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Date de début | Date de fin | Forme du suivi\*\* |
|  | Individuel |  |  |  |
|  | En groupe |  |  |  |
|  | Coaching/guidance |  |  |  |
|  | Prévention |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Plusieurs types d’intervention sont possibles simultanément.

\*\* Préciser la fréquence/l’intensité du suivi et éventuellement la durée de la séance (par ex : 1 séance par semaine de 60 min, 1 séance de 30 min à quinzaine, coaching de 8 séances par année, ...).

# Prestataire

Service/institution :

Nom du/de la logopédiste responsable du suivi :

Lieu, date et signature :

Service/institution :

Nom du/de la logopédiste qui a effectué le bilan (si autre que le-la logopédiste responsable du suivi) :

Lieu, date et signature :