Rapport psychomoteur pour enfants en période scolaire

Rapport de fin

Données de base concernant l’enfant

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Représentants légaux |  |
| Ecole ou autre structure |  |
| Degré scolaire |  |

# Brève description du processus d’accompagnement en psychomotricité

## Type de mesure d’accompagnement, date début/fin, principaux axes du projet thérapeutique

# Brève description des compétences actuelles et éventuels besoins résiduels de l’enfant

# Décision de fin de thérapie psychomotrice

## Raisons de la fin de l’accompagnement et communication à l’enfant, aux parents et au réseau

1. **Prestataire**

Service/institution :

Nom du/de la thérapeute en psychomotricité responsable du suivi :

Lieu, date et signature :

Service/institution :

Nom du/de la responsable de secteur :

Lieu, date et signature :

**Copie**

—