Rapport psychomoteur pour enfants en période scolaire

Rapport d’évolution

D’évolution

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

**Données de base concernant l’enfant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Représentants légaux |  |
| Ecole ou autre structure |  |
| Degré scolaire |  |
| Enseignant-e-s  actuel-le-s |  |
| Le cas échéant diagnostic médical et médecin traitant |  |
| Parcours thérapeutique et mesures actuelles |  |

# Brève description de l’accompagnement psychomoteur

## Type de mesure d’accompagnement (setting, durée, fréquence), dates importantes, objectifs du projet thérapeutique atteints/à travailler

# Brève description de la situation actuelle de l’enfant

## Evolution de l’enfant (résultats de tests/observations cliniques, impacts sur le quotidien et le contexte scolaire), évaluation du partenariat (famille, école, autres professionnels)

# Questionnements actuels et principaux objectifs actualisés

# Formalisation des mesures d’accompagnement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Date de début | Date de fin | Forme du suivi |
|  | Individuel |  |  |  |
|  | En groupe |  |  |  |
|  | Coaching/guidance |  |  |  |
|  | Autres |  |  |  |

# 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 :

**Annexe**

**—**

**Copie**

**—**