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**

**—**