Rapport logopédique

[ ]  Nouvelle demande [ ]  Réouverture

[ ]  A l'attention de la cellule d'évaluation du SESAM (délai au 28 février)

**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 la situation actuelle de l’enfant/du jeune dans les divers domaines bio-psycho-sociauxEt questionnements actuels

## Eléments pertinents à relever en lien à l’histoire de l’enfant (personnelle, familiale, scolaire)

## Description des autres démarches mises en place et évaluation de leurs effets

## Résumé synthétique de la demande actuelle

# 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)

## Principaux axes du projet thérapeutique et éventuelles hypothèses pronostiques

# Structure du contrat de partenariat

# Formalisation de la demande de 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

Nom du/de la logopédiste responsable du suivi :

Lieu, date et signature :

Nom du/de la logopédiste indépendant-e qui a effectué le bilan (si autre que le-la prestataire de la mesure) :

Lieu, date et signature :

**Annexe**

—

Formulaire S-001-FR « Données personnelles de l’enfant ou du/de la jeune » dans tous les cas

**Copies**

—

Parents

Si le rapport est transmis à d’autres partenaires/intervenants avec l’accord parental, veuillez l’indiquer ci-dessous