**RAPPORT DE DEMANDE DE MESURES RENFORCEES EN CAS DE DIFFICULTES PSYCHOMOTRICES**

[ ]  Nouvelle demande [ ]  Réouverture

[ ]  Prolongation [ ]  Enfant au bénéfice du Service d’Intégration

[ ]  Complément à une demande d’orientation scolaire (délai au 28 février)

Rapport réalisé par :

Email :

Lieu de travail :

Téléphone :

Date :

1. **Données de base concernant l’enfant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |       |
| Date de naissance |       |
| Genre |       |
| Nom, prénom de la mère |       |
| Nom, prénom du père |       |
| Adresse exacte |       |
| Titulaire de l’autorité parentale |       |
| Ecole **ou** autre structure |       |
| Degré scolaire |       |
| Enseignant-e-s actuel-le-s |       |
| Le cas échéant diagnostic médical + médecin traitant |       |
| Mesures d’aide actuelles |       |
| Mesures d’aide antérieures |       |

1. **Description de la situation actuelle et de la demande**

1. **Anamnèse en lien avec la demande**

1. **Bilan psychomoteur**
	1. Dates

* 1. Méthodes

* 1. Observations cliniques et résultats des tests[[1]](#footnote-1)

1. **Synthèse et diagnostic psychomoteur**

1. **Conclusions et propositions**
	1. Besoins bio-psycho-sociaux de l’enfant[[2]](#footnote-2)

* 1. Mesures d’aide en psychomotricité[[3]](#footnote-3)

* 1. Autres mesures[[4]](#footnote-4)

**Date et signature** :

**Annexes**

—

Formulaire de demande de mesures renforcées

Rapport médical posant un diagnostic.

**Copie-s**

—

1. Se référer au document « Axes d'observations cliniques, indicateurs ». [↑](#footnote-ref-1)
2. Décrire précisément les besoins de l'enfant dans sa relation à soi ainsi que dans ses différents contextes de vie (famille, école, ...), ceci en lien avec ses difficultés psychomotrices. [↑](#footnote-ref-2)
3. Noter la date du début de la prise en charge, la durée souhaitée et le type de séances (individuelles ou de groupe). [↑](#footnote-ref-3)
4. S'il y a d'autres interventions (logopédie, psychologie, ..), noter la fréquence. [↑](#footnote-ref-4)