Rapport de fin de mesures renforcées en cas de difficultés psychomotrices

|  |
| --- |
| Données de l’enfant et des parents  Nom :      Prénom/s:      Date de naissance:     Adresse exacte:     NPA, domicile:     Event. représentant légal):               Echéance du dernier mandat:             |

# Brève description du processus d’accompagnement en psychomotricité (dates importantes- durée, intensité, diagnostics et principaux axes du projet thérapeutique)

# Brève description des compétences actuelles et des éventuels besoins résiduels de l’enfant/du jeune sur le plan psychomoteur.

# Décision de fin de thérapie psychomotrice

## Pour quelle(s) raison(s) ?

## Qu’est-ce qui a été dit à ce propos à l’enfant/au jeune, à ses parents et aux divers partenaires du réseau ?

## Date de la dernière séance :

##

|  |  |
| --- | --- |
| Centre d'examen (service), nom, prénom, adresse |       |
| Lieu, date et signature du/de la psychomotricien/ne |       |

**Copies**

—