Rapport de demande de mesures renforcées en cas de difficultés de langage et de communication[[1]](#footnote-1)

[ ]  Nouvelle demande [ ]  Réouverture

[ ]  Prolongation : échéance du dernier mandat:

[ ]  Rapport spécifique pour :

[ ]  Demande d'orientation scolaire: rapport logopédique à l'attention de la cellule d'évaluation du SESAM (délai au 28 février)
Enseignant titulaire informé de la transmission du rapport au SESAM le :

[ ]  Enfant au bénéfice du Service d'intégration

|  |
| --- |
| **Données de l’enfant et des parents :** Nom, prénoms, date de naissance, adresse exacte, NPA, domicile (évent.représentant légal)                     |

# Description générale de l'état actuel de la situation

## Description de la situation actuelle de l’enfant ou du jeune dans les divers domaines bio-psycho-sociauxEt questionnements actuels

## Description des éventuelles autres démarches mises en place jusqu'à ce jour pour répondre au questionnement et évaluation des effets (plans scolaire, thérapeutique, médical, …)

## Eléments pertinents à relever en lien à l'histoire de l'enfant (personnelle, socio-familiale et socio-scolaire)

## Résumé synthétique de la demande actuelle (en fonction du questionnement décrit sous 1.1)

# Organisation du bilan (relativement aux points ci-dessus)

## Descriptions des choix d'outils métriques et cliniques (pourquoi et comment?)

## 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 xy (diagnostic à nommer) 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 renforcées de logopédie

## Remarques

## Proposition de prise en charge, forme, durée et intensité

Types d’intervention:
[ ]  Thérapie logopédique ambulatoire individuelle du       au      , intensité :

[ ]  Thérapie logopédique ambulatoire en groupe du       au      , intensité :

[ ]  Coaching/guidance du       au      , intensité :

[ ]  Autre

\*Plusieurs types d’intervention sont possibles simultanément.

\*\*L’intensité doit être clairement définie.

Personne et/ou service reconnu choisi pour le traitement:

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

**Annexes**

—

Rapport médical

Formulaire "Demande de mesures renforcées" (si l'enfant est inconnu du SESAM)

Copies du livret de famille ou des papiers d’identité + permis de séjour (pour les personnes étrangères)

**Copies**

—

Parents

Pédiatre

Autres services impliqués

1. Référence à la trame de travail et au glossaire (qui soutiennent les réflexions et sur lesquelles se base le rapport officiel qui en est un "résumé") [↑](#footnote-ref-1)