Rapport de fin de mesures renforcées en cas de difficultés de langage et de communication

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

# Brève description du processus d’accompagnement en logopédie (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 du langage et de la communication

# Décision de fin de thérapie logopédique

## 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 logopédiste |      ,       |

**Copies**

—

Parents

Pédiatre

Autres services impliqués