*(Laisser en blanc)*

**Rapport logopédique initial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfant/Adolescent**(NOM – Prénom-s, date de naissance, adresse)                |  |
| **Logopédiste**(NOM - Prénom, adresse, téléphone, courriel)                     | Office de l’enseignement spécialisé (OESN)Écluse 672000 Neuchâtel |

**1. Motif du signalement**

**2. Anamnèse**

1. **Contexte familial**

1. **Contexte linguistique**

1. **Parcours scolaire**

1. **Parcours thérapeutique**

1. **Éléments personnels**

**Aspects médicaux :**

**Développement général :**

**Développement langagier et communicatif :**

**3. Bilan logopédique**

1. **Impression générale**

1. **Langage oral**

1. **Communication**

1. **Langage écrit**

1. **Cognition mathématique**

1. **Autres aspects**

1. **Ressources**

**4. Conclusions**

 **a) Résumé des observations - Interprétation des données cliniques et métriques**

 **b) Diagnostic logopédique**

**5. Projet thérapeutique**

 **a) Objectifs**

 **b) Motif de la ou des mesure-s souhaitée-s**

**6. Mesure-s souhaitée-s**

 **a) Prise en charge individuelle**

 Durée des séances: 30 minutes [ ]  45 minutes [ ]  60 minutes [ ]

Fréquence des séances: 1 x par semaine **[ ]** 2 x par semaine **[ ]**

**ET [ ]  OU [ ]**

 **b) Prise en charge de groupe**

 Nombre d'enfants dans le groupe: 2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]

 Durée des séances :

 Fréquence des séances (ou nombre de séances) :

**Date de la première séance de bilan :**

**Logopédiste choisi-e pour le traitement:**

ou

**Centre d’orthophonie de** :

**7. Signature**

# Lieu et date :       Signature de la ou du logopédiste