*(Laisser en blanc)*

**Demande de changement de plan thérapeutique**

**Psychomotricité**

***Pour une demande de diminution de prestation, remplir uniquement le point 5***

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfant/Adolescent**  (NOM – Prénom-s, date de naissance, adresse) |  |
| **Thérapeute en psychomotricité :**  (NOM - Prénom, adresse, téléphone, courriel) | Office de l’enseignement spécialisé (OESN)  Écluse 67  2000 Neuchâtel |

**1. Résumé de la situation**

**a) Date du début de la décision en cours (mois – année)**

**b) Diagnostic posé lors de l'évaluation précédente**

**c) Mesure-s de la décision en cours**

**2. Évolution de la problématique**

**3. Conclusion – Diagnostic psychomoteur**

**4. Motif de la ou des mesure-s souhaitée-s**

**5. Mesure-s souhaitée-s dès le :**      

**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 ou de jeunes dans le groupe: 2  3  4

Durée des séances : 45 minutes  60 minutes  75 minutes  90 minutes

Fréquence des séances: 1 x par semaine  2 x par semaine

**6. Signature**

Lieu et date :       Signature de la ou du thérapeute en psychomotricité