**Complément de l’intervenant-e (pédago-) thérapeutique**

**PES – PROCÉDURE D’ÉVALUATION STANDARDISÉE**

Logopédie/Orthophonie [ ]  Psychomotricité [ ]  Ergothérapie [ ]  Physiothérapie [ ]

*À compléter pour toutes les demandes d’évaluation PES et demandes de prolongation de mesures renforcées de pédagogie spécialisée*

|  |
| --- |
| 1. **Données de l’intervenant-e (pédago-) thérapeutique**
 |
| Nom, prénom :      Spécialité :      Adresse :      NPA + localité :      No 🕿/mobile :      Courriel :       |
| 1. **Données de l’enfant/l’adolescent**
 |
| Enfant non scolarisé [ ] Nom, prénom-s :      Date de naissance :       |
| 1. **Modalités du suivi**
 |
| Début de prise en charge :      Durée et fréquence des séances :      Mesures individuelles [ ] Mesures en groupe [ ] Remarque-s :       |
| 1. **Diagnostic**
 |
| Diagnostic dans le domaine d’activité du professionnel |       |
| Commentaires éventuels |       |
| 1. **Évolution de la situation/de la problématique depuis le dernier rapport transmis**
 |
|       |
| 1. **Informations complémentaires**
 |
| Ressources ou points forts de l’enfant/l’adolescent      |
| Difficultés persistantes      |
| Description succincte du projet (pédago-) thérapeutique en cours      |
| Autres éléments éventuels (développementaux ou contextuels)      |

Date :       Signature de la ou du professionnel

 NOM, Prénom