*(Laisser en blanc)*

**Rapport logopédique de prolongation**

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

**1. Résumé de la situation**

 **a) Date du début de la prise en charge logopédique (mois – année)**

 **b) Nombre de prolongations**

1ère [ ]  2ème [ ]  3ème [ ]  4ème [ ]  Autre

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

 **d) Mesure-s de la décision précédente**

 **e) Évolution de la problématique**

**2. Nouveaux éléments d'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 d'évolution**

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 (si nécessaire) :**

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

***ou***

**Centre d'orthophonie de :**

**7. Signature**

# Lieu et date :       Signature de la ou du logopédiste