**Demande de changement de plan thérapeutique**

**Logopédie/Orthophonie**

***Pour une demande de diminution de prestation, remplir uniquement le point 1, 4 et 5***

|  |  |
| --- | --- |
| **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. 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 logopédique**

**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 dans le groupe : 2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]

 Durée des séances :

 Fréquence des séances (ou nombre de séances) :

**6. Signature**

# Lieu et date :       Signature de la ou du logopédiste