*(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 67  2000 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 semaine2 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