*(Laisser en blanc)*

**Annexe à la demande de traitement**

**Rapport psychomoteur**

|  |  |
| --- | --- |
| *Coordonnées de l’enfant/l’adolescent :*  (NOM - Prénom-s,Date de naissance, Adresse) |  |
| *Coordonnées de la ou du thérapeute en psychomotricité :*  (NOM - Prénom, Adresse, Tel, courriel) | Office de l’enseignement spécialisé  Écluse 67  2000 Neuchâtel |

1. **Nature du trouble/difficulté-s observée-s** **lors du bilan psychomoteur**

**2. Objectifs du traitement**

**3. 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

**b) Prise en charge de groupe**

Nombre d'enfants 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

**c) Date de début de traitement :**

**4. Remarques**

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

NOM, Prénom :