*(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 spécialiséÉcluse 672000 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 :