*(Laisser en blanc)*

**Demande de changement de plan thérapeutique**

**Psychomotricité**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfant/Adolescent**(NOM – Prénom-s, date de naissance, adresse)                |  |
| **Thérapeute en psychomotricité :** (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 psychomoteur**

**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 ou de jeunes 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 [ ]

**6. Signature**

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