**Complément de l’intervenant-e (pédago-) thérapeutique**

**PES – PROCÉDURE D’ÉVALUATION STANDARDISÉE**

Logopédie/Orthophonie  Psychomotricité  Ergothérapie  Physiothérapie

*À compléter pour toutes les demandes d’évaluation PES et demandes de prolongation de mesures renforcées de pédagogie spécialisée*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données de l’intervenant-e (pédago-) thérapeutique** | |
| Nom, prénom :  Spécialité :  Adresse :  NPA + localité :  No 🕿/mobile :  Courriel : | |
| 1. **Données de l’enfant/l’adolescent** | |
| Enfant non scolarisé  Nom, prénom-s :  Date de naissance : | |
| 1. **Modalités du suivi** | |
| Début de prise en charge :  Durée et fréquence des séances :  Mesures individuelles  Mesures en groupe  Remarque-s : | |
| 1. **Diagnostic** | | |
| Diagnostic dans le domaine d’activité du professionnel |  | |
| Commentaires éventuels |  | |
| 1. **Évolution de la situation/de la problématique depuis le dernier rapport transmis** | | |
|  | | |
| 1. **Informations complémentaires** | | |
| Ressources ou points forts de l’enfant/l’adolescent | | |
| Difficultés persistantes | | |
| Description succincte du projet (pédago-) thérapeutique en cours | | |
| Autres éléments éventuels (développementaux ou contextuels) | | |

Date :       Signature de la ou du professionnel

NOM, Prénom