*(Laisser en blanc)*

**Rapport logopédique**

|  |  |
| --- | --- |
| *Coordonnées de l’enfant**ou du jeune:* | *Coordonnées du ou de la logopédiste* |
|  | Office de l’enseignement spécialisé (OES)  Écluse 67  2000 Neuchâtel |

**1. Anamnèse** (en particulier données sur la situation scolaire)

**2. Examens effectués et résultats** (dans le domaine médical/scolaire/logopédique/psychologique)

**3. Diagnostic**

Y a-t-il, de l’avis du ou de la logopédiste, une grave difficulté d’élocution :

clairement oui  pas claire

clairement non  Autre, à préciser :

Précisions :

**4. Traitement**

Genre :

Durée :

Intensité :

Personne ou institution reconnue choisie pour le traitement :

Prochain contrôle par le Centre d’examen :

**5. Remarques**

**6. Signatures et validations médicales**

# Lieu et date :       Timbre et signature du ou de la logopédiste

# Lieu et date :       Timbre et signature du ou de la médecin

Annexe-s : ment.

*Prière de retourner ce rapport dûment complété à l’OES en y joignant la facture et les pièces éventuellement nécessaires.*