Rapport de demande de mesures pédago-thérapeutiques en cas de difficultés psychomotrices

pour des enfants de la naissance à la fin de la 1H

Nouvelle demande  Réouverture

Prolongation  Complément à une demande MAR (délai au 28 février)

Données de base concernant l’enfant

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Genre |  |
| Nom, prénom de la mère |  |
| Nom, prénom du père |  |
| Adresse exacte |  |
| Titulaire de l’autorité parentale |  |
| Ecole ou autre structure |  |
| Degré scolaire |  |
| Enseignant-e-s actuel-le-s |  |
| Le cas échéant diagnostic médical + médecin traitant |  |
| Parcours thérapeutique et mesures actuelles |  |

# Contexte de la demande

# Bilan psychomoteur

## Dates des séances

## Tests et méthode utilisés

M-ABC2  DF-MOT  Profil de Dunn

Peabody  Items du bilan SM Bullinger  NEPSY I

autre :

## Observations cliniques et résultats/cotation des tests utilisés

### Axe contexte anamnestique

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|  |  |

### Axe tonico-moteur

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|  |  |

### Axe sensoriel et perceptif

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|  |  |

### Axe cognitif

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|  |  |

### Axe relation et émotion

|  |  |
| --- | --- |
| Observation clinique | Tests de référence et cotation |
|  |  |

# Projet thérapeutique

## Conclusion et diagnostic psychomoteur (dans une vision bio-psycho-sociale)

## Principaux axes du projet thérapeutique

# Mesure-s souhaitée-s

## Prise en charge individuelle

Thérapie psychomotrice individuelle du  au

Durée des séances :  15 min  30 min  45 min  60 min  75 min  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

## Prise en charge de groupe

Thérapie psychomotrice en groupe du  au

Durée des séances :  30 min  45 min  60 min  75 min  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

## Coaching/guidance

Coaching/guidance du  au

Durée des séances :  15 min  30 min  45 min  60 min  75 min  90 min

Fréquence des séances : x par Choisissez un élément.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, adresse du-de la thérapeute en psychomotricité |  |
| Lieu, date et signature du/de la thérapeute en psychomotricité |  |

**Annexes**

**—**

Formulaire S-001-FR données personnelles de l’enfant ou du/de la jeune

Le cas échant, rapport médical posant un diagnostic.

**Copie-s**

**—**