

SYNTHESE PEC psychomoteur

Nom du psychomotricien:

.....

Lieu d'exercice/ adresse:

.....

.....

Téléphone:

Identité de l'enfant:

Né le: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Terme de naissance : |_|_| sem |_| j

1^{ère} consultation le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Age réel: Age corrigé:

10^{ème} consultation le : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Age réel: Age corrigé:

EVALUATION FIN DE PEC :

LE |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Organisation posturale: normal petites difficultés difficultés

Motricité globale: normal petites difficultés difficultés

Coordination visio-manuelle: normal petites difficultés difficultés

Coordination bi-manuelle: normal petites difficultés difficultés

Communication/langage: normal petites difficultés difficultés

Socialisation: normal petites difficultés difficultés

Compréhension: normal petites difficultés difficultés

BILAN FIN DES 10 SEANCES :

• PROGRÈS: OUI CERTAIN OUI MODERE NON

.....

.....

DEVENIR:

• POURSUITE DE LA PEC PSYCHOMOTEUR: OUI NON

.....

.....

• FREQUENCE DU SUIVI:

1 fois/semaine 1 fois/ 15jours 1 fois/mois

• ORIENTATION, précisez:

.....

.....

.....

AVIS DES PARENTS:

Favorable DEFAVORABLE NE SE PRONONCE PAS

OBSERVATION:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....