****

**PROJET PERSONNALISE DE L'ENFANT**

**00/00/2021**

**Nom/Prénom** : **Date de naissance** :

**Référents** :

**Date de début de prise en charge** :

**Anamnèse et diagnostics principaux**

**Socialisation / scolarité**

**Souhaits/Demandes des parents**

**Observations diverses**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOMAINES DE** **FONCTIONNEMENT** | **OBJECTIFS RECHERCHÉS** | **MOYENS THÉRAPEUTIQUES / PROFESSIONNELS** |
| **Communication - langage** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Socialisation –****Interactions** **sociales** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Emotions –** **Comportement** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Cognition –****Apprentissages** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Motricité globale – Motricité fine****Sensorialité** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Autonomie –** **Vie quotidienne** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Somatique****Médical** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Environnement** **familial, social et** **matériel** |  |  |
|  |  |
|  |  |

**Echéance de réévaluation annuelle** :

**Projet thérapeutique en fonction des besoins de l’enfant**

Suite à ces observations et/ou bilans des prises en charges au CAMSP sont proposées :

* Suivi …hebdomadaire avec
* Suivi …hebdomadaire avec
* Suivi … hebdomadaire avec ..

**Date :**

 **Signature référent Signature parents**