****

**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**