

## Projet personnalisé de santé (PPS) initial

Le :

**Nom :**

**Adressé par :**

**Prénom :**

**Motif d'inclusion :**

**Date de naissance :**

**Entrée dans le réseau le :**

**Ecole fréquentée :**

**classe :                      année :**

**Médecin scolaire :**

**Psychologue scolaire :**

**Aménagement scolaire :**    PAI     PPS    AVS    CLIS Dys    UPI Dys    SESSAD Dys

**Reconnaissance MDPH :**    oui     non

**Suivi en CMP/CMPP/CAMPS :**    oui     non

**Si oui, lequel :**

**Médecin réseau référent :**

Bilans et consultations effectués	Nom des praticiens / lieu d'exercice	Date
Consultation médecin réseau		
Bilan orthophonique langage		
Bilan logico-mathématiques		
Bilan neuropsychologique		
Bilan psychomoteur		
Bilan orthoptique		
Bilan ergothérapique		
Consultation neuropédiatrique		
Consultation pédopsychiatrique		
Consultation ORL		
Consultation ophtalmologique		
Rapport scolaire		
Autre		

Examens pratiqués	Conclusion	Date

## CONCLUSIONS DES BILANS ET EXAMENS

Orthophoniste :

Neuropsychologue :

Psychomotricien :

Ergothérapeute :

Orthoptiste :

Autres :

## CONCLUSION DU RAPPORT SCOLAIRE OU EQUIPE EDUCATIVE

Lecture :

Production d'écrit/ Orthographe / Grammaire :

En mathématiques :

Dans les autres matières en particulier EPS et langues vivantes :

Conclusion de l'enseignant ou professeur (si présent à la réunion) :

## CONCLUSION GENERALE/DIAGNOSTIC

.....

## PRECONISATIONS THERAPEUTIQUES

	Axe de rééducation	Nb de séances et fréquence
Orthophonique :		
Psychomotrice :		

Orthoptique :		
Ergothérapique :		
Psychologique :		

## PRECONISATIONS PEDAGOGIQUES

Demande ou poursuite de :

- PAI    PPS    AVS    CLIS Dys    UPI Dys    SESSAD Dys

## OBJECTIFS

.....

**Transmission** du PPS, bilans et examens par (Nom), (profession) à la famille.

**Transmissions** du PPS par la coordinatrice au :

- Médecin scolaire
- Psychologue scolaire/Conseiller d'Orientation Psychologue
- Médecin traitant
- Enseignant (avec accord de la famille)
- CMP/CMPP/CAMPS
- Référent scolaire pour dossier MDPH
- Autre (à préciser)

A ....., le .....

Approuvé et signé par le médecin réseau