

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