

Projet personnalisé de santé (PPS) de suivi

Le :

Nom : _____ **Adressé par :** _____
Prénom : _____ **Motif d'inclusion :** _____
Date de naissance : _____ **Entrée dans le réseau le :** _____
École fréquentée : _____ **Dates des PPS antérieur :** _____
Médecin scolaire : _____ **Classe :** _____ **Année :** _____
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 depuis le dernier PPS	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 depuis le dernier PPS	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 :		
Ergothérapie :		
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

