**Synthèse de fin de prise en charge LIC**

# Données administratives

|  |
| --- |
| Enfant  |
| Nom |  | Prénom  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date naissance  |  | Localité |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Service PPLS  | Choisissez un élément. |
| Logopédiste |  |
| Nom |  | Prénom |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tél  |  | Courriel  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rue / no |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NPA |  | Localité |  |

# Synthèse de fin de prise en charge LIC

|  |
| --- |
| Motif de fin et suite |
| Date de fin (date de la dernière séance) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motifs  | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| Précisions sur le motif  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Suite à donner et remarques  |  |

|  |
| --- |
| Evaluation de l’atteinte des objectifs |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date du rapport** | **Signature logopédiste** |
|  |  |