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

# Données administratives

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Enfant | | | | | |
| Nom : | |  | | Prénom : |  | |
| Date naissance : | |  | | Identifiant : |  | |
| Domicile : | |  | | | | |
| Service PPLS région : | |  | | | | |
| Logopédiste | | | |  | |
| Nom : |  | | | Prénom : |  | |
| Tél : |  | | | Courriel : |  | |
| Adresse cabinet | Rue / no : | |  | | | |
| NPA / Localité : | |  | | | |
| Statut : | Logopédiste indépendant conventionné | | | | Logopédiste employé | |

# Synthèse de fin de prise en charge LIC

|  |
| --- |
| Motif de fin et suite |

|  |  |
| --- | --- |
| Motifs de fin LIC : |  |
| Autre motif, à préciser : |  |
| Suite à donner : |  |
| Remarques éventuelles : |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fin de prise en charge anticipée (avant date de fin de la désignation) | | |
| Date de fin réelle : |  | |
| Nbre de minutes non-utilisées : |  | |
|  | | |
| Date du rapport | | Signature du logopédiste |