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

# Données administratives

|  |
| --- |
| Enfant  |
| Nom :  |  | Prénom :  |  |
| Date naissance :  |  | Identifiant : |  |
| Domicile :  |  |
| Service PPLS région :  | Choisissez un élément. |
| 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 :  | Choisissez un élément. |
| 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 : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Nbre de minutes non-utilisées :  |  |
|  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Date du rapport | Signature du logopédiste |