Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique

Projet Personnalisé d'accompagnement de :

- Nom/Prénom :
- Date de Naissance :
- Admission le :
- Coordinateur de projet :
- Fait le :
- Mis à jour le :

Contexte familial :

Santé :

Souhaits, désirs et envies de		**Observations et attentes des parents**
Exprimés par l'enfant :	Repérés par les professionnels:	

Capacités, compétences, réussites repérées par tous	Difficultés (entraves, obstacles)

Besoins :

Actions ciblées :

Perspectives