

Therapy Log

Student _____ DOB _____ School/District _____ Gender _____ Medical Diagnosis _____

Educational Eligibility _____ Precautions/Contraindications _____

	Date:					
↓Objectives↓	Time:	Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
		Met	Not Met	Met	Not Met	Met
COTA/PTA signature: _____						
Comments: _____						

Supervisor Signature _____