

# 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 \_\_\_\_\_

*Remember to document-* Student performance in measureable terms, if additional people are present during therapy, interventions used and student response, modification to task or environment, assistive or adaptive devices used or fabricated, training, education or consultation.

