Therapy Log

Student_____ **DOB**_____ **School/District**_____**Gender**____ **Medical Diagnosis**_____

Educational Eligibility_____**Precautions/Contraindications** _____

Date:				
↓Objectives↓ Time:				
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not 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.

Therapy Log

Student_____ **DOB**_____ **School/District**_____**Gender**____ **Medical Diagnosis**_____

Educational Eligibility_____**Precautions/Contraindications** _____

Date:				
↓Objectives↓ Time:				
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met
	Met Not Met	Met Not Met	Met Not Met	Met Not 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.