

ANNEE SCOLAIRE 2008-2009
EQUIPE DE SUIVI DE LA SCOLARISATION

En date du :

ELEVE :

Nom : Prénom :

Né/e le : Sexe F M

RESPONSABLES LEGAUX :

Nom : **Téléphone:**.....

Qualité : **Port :**.....

Adresse : **Courriel :**

.....

Nom : **Téléphone:**

Qualité : **Port :**.....

Adresse : **Courriel :**

.....

ENSEIGNANT REFERENT :

Nom : **Adresse :**

.....

Téléphone: **Fax :** **Courriel:**

PARCOURS SCOLAIRE : année n-2 en classe de à

année n-1 en classe de à

L'élève a-t-il bénéficié d'un allongement de cycle ? oui non

année n+1 en classe de à

SCOLARISATION ACTUELLE :

1.ETABLISSEMENT SCOLAIRE DE REFERENCE – adresse :.....

.....en classe de

Téléphone: **Fax :** **courriel:**

2. ETABLISSEMENT SCOLAIRE AUTRE QUE CELUI DE REFERENCE –adresse- :.....

.....en classe de

Téléphone: **Fax :** **Courriel:**

3 ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL/ SANTE –adresse- :.....

.....

Téléphone: **Fax :** **Courriel:**

4. ETABLISSEMENT ORDINAIRE ayant passé convention avec 3.

.....

Téléphone: **Fax :** **Courriel:**

SCOLARISATION AU DOMICILE :

Enseignement à distance (CNED) :.....

Accompagnement pédagogique à domicile (SAPAD ...) :.....

Enseignement à domicile :

◆ **Emploi du temps de l'élève.**

NOM de l'élève : **Prénom** :

ETABLISSEMENT : **CLASSE** :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
8.00						
9.00						
10.00						
11.00						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
16.00						
17.00						
18.00						

Nbre d'heures : Classe :... **Soins/Acc. Spé.** :... **Autres** (familles – environnement social) :.....
Hachurer de manière distincte en différenciant les activités et les lieux dans l'emploi du temps

ACCOMPAGNEMENT et/ou autres actions médico –éducative ou de santé

Aides humaines :

Type d'aide	CDA : Décision ou préconisations en vigueur à préciser	Observations	Evaluation*
AVS –i			
RASED			
Prise en charge de type SESSAD			
Autres actions médico – éducatives (CMP, CMPP...)			
Libéral			
Autres			

Aides techniques :

Aménagement des locaux scolaires			
Mesure d'aménagement d'examen ou de concours		Voir avec le médecin de l'Education Nationale	
Matériel adapté (liste)			
Transport (nom /tél)			

* Inscrire la lettre « C » si conforme à la décision de la CDA, les lettres « NC » si non conforme, « NP » si non préconisé.

NOM de l'élève :..... Prénom :.....
ETABLISSEMENT :..... CLASSE :.....

Observations, analyses, évaluations de l'E.S.S. pour la rentrée scolaire suivante :

En terme de scolarisation (Besoins et compétences de l'élève, expertises réalisées par des professionnels de l'Education Nationale):

En terme d'accompagnements à la scolarisation (aides humaines et techniques) :

En terme d'actions médico-éducatives et/ou de santé :

NOM de l'élève : Prénom :

ETABLISSEMENT : CLASSE :

Synthèse des propositions de l'E.S.S. en date du pour l'année scolaire suivante.....

<input type="radio"/> Scolarisation dans l'établissement scolaire de référence <input type="radio"/> école <input type="radio"/> collège <input type="radio"/> lycée	Poursuite : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - établissement :
<input type="radio"/> Scolarisation en classe d'intégration scolaire (CLIS) Type : 1 - 2 - 3 - 4	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Scolarisation en unité pédagogique d'intégration (UPI) Type : 1 - 2 - 3 - 4 <input type="radio"/> collège <input type="radio"/> lycée	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Scolarisation en SEGPA ou en EREA	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Formation en CFA, CFAS, Lycée agricole.... <input type="radio"/> ESAT <input type="radio"/> MAS ou FO	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Scolarisation dans un établissement médico-éducatif <input type="radio"/> IME <input type="radio"/> ITEP <input type="radio"/> IEM <input type="radio"/> Autre:..... Régime: Internat <input type="radio"/> Semi internat <input type="radio"/>	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Aménagement horaire de la scolarité	<input type="radio"/> Temps complet : OUI - NON <input type="radio"/> Temps partiel : ... H / semaine ouJ / semaine
<input type="radio"/> AVS-i	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite <input type="radio"/> Nbre d'heures :..... Du : au :
<input type="radio"/> Prise en charge par un service de type SESSAD	<input type="radio"/> demande antérieure non satisfaite <input type="radio"/> 1° demande <input type="radio"/> Poursuite Du : au :
<input type="radio"/> Aménagement des locaux scolaires	Lequel :
<input type="radio"/> Mesure d'aménagement d'examen ou de concours	Laquelle :
<input type="radio"/> Matériel pédagogique adapté	Type :
<input type="radio"/> Prise en charge transport :	<input type="radio"/> bus <input type="radio"/> train <input type="radio"/> entreprise de transport <input type="radio"/> Famille
<input type="radio"/> Préconisations : <input type="radio"/> RASED <input type="radio"/> CMPP <input type="radio"/> CMP ou CATTP <input type="radio"/> Hôpital de Jour <input type="radio"/> CAMSP <input type="radio"/> Libéraux <input type="radio"/> Ne relève plus d'un P.P.S. <input type="radio"/> Scolarisation au CNED	
Signature Représentant légal :	
<input type="radio"/> plutôt favorable	<input type="radio"/> plutôt défavorable avec les propositions de l'ESS.