INSPECTION ACADEMIQUE DU VAR /
MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DU VAR

FICHE DE SYNTHESE EN DIRECTION DES FAMILLES

Synthèse des propositions de l'équipe de suivi de la scolarisation en terme de scolarisation, d'accompagnements et d'actions médico-éducatives ou de santé pour l'année :……...
NOM de l'élève :…… Prénom :……
ETABLISSEMENT :……. CLASSE :……..

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

Si la famille souhaite apporter des observations sur les propositions contenues dans cette fiche de synthèse, elle expédiera à l'enseignant référent un courrier explicatif dont la teneur sera examinée par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

ANNEXE 2 : ASPECTS MEDICO-EDUCATIFS OU DE SANTE

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

Synthèse des expertises contribuant à la mise en œuvre du PPS :

- pièces jointes

- Renseignements sociaux feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Renseignements médicaux (scolaire) feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
  pédopsychiatrique feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
  autres: ..... feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Examen psychologique feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Bilan orthophonique feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Feuille de renseignements administratifs feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Bilan de l'aide SESSAD, SSEFIS, SAAAIS feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐
- Projet d'aide SESSAD, SSEFIS, SAAAIS feuillet libre ☐ sous pli cacheté ☐