

**DEMANDE D'UN ACCOMPAGNEMENT  
INDIVIDUEL A LA SCOLARISATION POUR  
L'ANNEE SCOLAIRE 2008/2009**

Date de l'équipe de suivi de la scolarisation : .....

Enseignant-référent du BEF de ..... secteur de : .....

*Document à réaliser au format A3*

***A remplir par la famille***

renouvellement de la demande    demande antérieure non satisfaite    première demande

**NOM de l'élève :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Modalités actuelles de scolarisation : adresse de l'établissement scolaire:**

.....  
..... **Classe :** .....

N°téléphone ..... Fax : ..... courriel : .....

**Etablissement prévu à la prochaine rentrée scolaire:**

.....  
..... **Classe :** .....

N°téléphone ..... Fax : ..... courriel : .....

**Représentant (s) légal(aux):**

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Qualité :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone:** ..... **Port :** ..... **courriel:** .....

Coordonnées de l'autre parent en cas de séparation et d'autorité parentale conjointe :

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Qualité :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone:** ..... **Port :** ..... **courriel:** .....

***A remplir par l'école ou l'établissement***

***Proposition de protocole d'accompagnement à la scolarisation***

**Temps effectif prévu de scolarisation de l'élève :** ..... heures hebdomadaires.

**Total des heures d'accompagnement souhaitées:** ..... heures hebdomadaires.

**L'élève a-t-il besoin d'un accompagnement individuel de manière ?**

continue

discontinue

occasionnelle

**Nombre d'heures :** .....

**Nombre d'heures :** .....

*A remplir par l'école ou l'établissement*  
**Proposition de protocole d'accompagnement à la scolarisation**

1. En vue de développer son autonomie dans les apprentissages ?

Non

Oui

Motivation(s) : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Afin d'assurer son installation dans des conditions de sécurité (aide aux déplacements, aide à la manipulation du matériel scolaire, ...)?

Non

Oui

L'élève bénéficie-t-il d'un matériel pédagogique adapté ou une demande d'attribution de matériel pédagogique adapté a-t-elle été déposée ? Non  Oui

Si oui, lequel ? .....

.....  
.....

3. Pour faciliter et stimuler la communication à l'intérieur du groupe-classe ?

Non

Oui

Motivation(s) ? : .....

.....  
.....  
.....

4. Pour exécuter des tâches relatives à l'hygiène (change de couches ou de vêtements, toilettes, etc.) ?

Non

Oui

Pour l'accomplissement de gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou para-médicale (prendre connaissance des textes cités par la circulaire ci-dessous en référence) <sup>(1)</sup> ?

Non

Oui

Si Oui, lesquels ? : .....

.....  
.....  
.....

Nom du médecin de l'Education Nationale: .....

*A remplir par l'école ou l'établissement*

5. Pour faciliter sa participation aux activités collectives, aux sorties de classes occasionnelles ou régulières : activités physiques par exemple ?

Non

Oui

Motivation (s) ? : .....

.....  
.....

6. Autres : .....

Motivation (s) ? : .....

.....  
.....  
.....

**SIGNATURES :**

Le .....

Signature(s) du (des) représentant(s) légal(aux)

Pour l'E.S.S., L'enseignant référent

**TRANSMIS A L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'EVALUATION DE LA MDPH**

Le .....

(1) Décret n° 94-426 du 27/05/99, circulaires n° 99-320 du 04/06/99 et 99-642 du 22/11/99

*A remplir par l'instance compétente*

**EVALUATION DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'EVALUATION DE LA MDPH**

Favorable.

Défavorable. Motivation (s) : .....

.....  
.....  
.....

Le .....

Nom : ..... Qualité : ..... Signature : .....

**TRANSMISSION A LA CDA**

Le ..... Pour l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation :

Signature :

**DECISION DE LA CDA**

Favorable .....

.....  
 Défavorable. Motivation (s) : .....

Le .....

Pour la commission, le secrétaire.

**TRANSMIS A L'INSPECTION D'ACADEMIE – SERVICE DAE -**

Le ..... Pour la commission, le secrétaire.