

Année scolaire :

Date de rédaction :

Enfant

| | | | |
|-------|----------|----------|---------------------|
| Nom : | Prénom : | Classe : | Date de naissance : |
|-------|----------|----------|---------------------|

Famille

| Père | Mère | Autre responsable légal |
|------------|------------|-------------------------|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| ☎ : | ☎ : | ☎ : |
| Courriel : | Courriel : | Courriel : |

Etablissement scolaire

| | Ecole ou établissement scolaire de référence. | Ecole ou établissement scolaire de scolarisation. | Etablissement sanitaire ou médico-social de scolarisation. |
|--|---|---|--|
| Dénomination et adresse : | | | |
| Directeur, Principal ou Proviseur : | | | |
| Téléphone Courriel : | ☎ :@..... | ☎ :@..... | ☎ :@..... |

Parcours de formation

| | Cycle 1 | | | Cycle 2 | | | Cycle 3 | | | Collège | | | Lycée | | | Inclusion collective | Inclusion collective | Inclusion collective |
|------------------------|---------|----|----|---------|-----|-----|---------|-----|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | PS | MS | GS | CP | CE1 | CE2 | CM1 | CM2 | 6 ^{ème} | 5 ^{ème} | 4 ^{ème} | 3 ^{ème} | 2 ^e | 1 ^{ère} | Term | ULIS Ecole | ULIS Collège | ULIS Lycée |
| Classes | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d'années | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suivi RASED | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PPRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Emploi de temps ¹

| | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
|-------------------|-------|-------|----------|-------|----------|----------------------------|
| <i>Matin</i> | | | | | | |
| <i>Après-midi</i> | | | | | | Date : Signatures : |

Interventions extérieures (orthophoniste, services de soins...)

| Type d'aide apportée | Nom et prénom de l'intervenant | Jour et horaire d'intervention | Lieu d'intervention |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Observations éventuelles

¹ Compléter l'emploi du temps en indiquant les différents créneaux horaires et pour chacun d'eux :

E = établissement scolaire ou classe+ AVS-I ou ASEH si présence précisez la classe fréquentée entre parenthèses : exemple : E (CE2, ULIS Ecole, ULIS Collège, 1^{ère} S, etc...)

S = Service de soins ou établissement sanitaire ou médico-social,

UE = scolarisation dans l'Unité d'Enseignement de l'établissement sanitaire ou médico – social,

A = Autres.

Volet pédagogique à rédiger par l'enseignant de la classe ou le professeur principal

NOM, Prénom de l'élève :

Classe :

Feuillet rédigé par :

| Situation initiale : <i>compétences acquises, comportement observé, difficultés rencontrées dans les apprentissages, la socialisation...</i> | Objectifs d'apprentissage <i>en référence au socle commun de connaissances et de compétences et objectifs spécifiques :</i> <i>description des objectifs réalisables, ...</i> | Adaptations, Compensations à mettre en place Précautions à prendre | Critères d'évaluation <i>mesurables</i> |
|--|--|---|---|
| | | | |

Signatures des partenaires

| NOM Prénom | Qualité | Signature |
|-------------------|--|------------------|
| - | <i>Elève</i> | |
| - | <i>Représentants légaux de l'enfant</i> | |
| - | <i>Enseignant(e) de la classe ou professeur(e) principal(e)</i> | |
| - | <i>Directeur/trice de l'école ou chef d'établissement scolaire de scolarisation.</i> | |
| - | <i>Directeur/trice de l'école ou chef d'établissement scolaire de référence.</i> | |
| - | <i>Directeur/trice du service de soins</i> | |
| - | <i>Directeur/trice de l'établissement sanitaire ou médico - social</i> | |
| - | <i>Médecin de l'Education nationale</i> | |
| - | <i>Enseignant(e) référent(e)</i> | |
| - | <i>Inspecteur/trice de l'Education Nationale</i> | |
| - | <i>Inspecteur/trice de l'Education Nationale – A.S.H.</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Enseignant référent : (Nom, adresse, téléphone, fax, courriel) :

Circonscription IEN 1^{er} degré : (Nom de l'IEN, adresse, téléphone, fax, courriel) :

Circonscription IEN A.S.H. : (Nom de l'IEN, adresse, téléphone, fax, courriel) :