

FEUILLET SCOLAIRE

1^{er} degré



Matricule élève : (CEJH-NC)

Année scolaire : Date de réunion de l'équipe éducative :

Demande concernant :

- une reconnaissance de handicap (RH) : 1^{ère} demande Renouvellement Révision
 une orientation : CLIS ULIS SEGPA Établissement médico-Social (EMS)
 un Accompagnement de Vie en milieu Scolaire (AV Scolaire)

IDENTIFICATION

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

SCOLARISATION

Ecole fréquentée : Classe fréquentée :

Ville / Village / Tribu : Courriel de direction :

Tél : Courriel de direction :

Conditions matérielles	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> Aménagements (EDT aménagé, dispenses, 1/3 temps...)	
<input type="checkbox"/> Outils de communication	
<input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel	
<input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle	
<input type="checkbox"/> Mobilier et petit matériel	
<input type="checkbox"/> Transport	
<input type="checkbox"/> Autre	

Parcours de scolarisation

Fréquentation scolaire :

- Régulière Irrégulière (+ de 10 $\frac{1}{2}$ journées d'absence par mois)

Nombre de jours d'absence et causes éventuelles :

A joindre obligatoirement à la demande :

- PSI dûment complété, emploi du temps compris
- Compte rendu d'équipe éducative
- Bilan d'aide spécialisée (DESED, DESI, CL.A.S.S.E., ...)

EVALUATION DES ACTIVITÉS DE L'ÉLÈVE

	ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases 3 et 4, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	1	2	3	4	Sans objet	Cadre 1 Les difficultés rencontrées. Illustrer par des exemples concrets.	Cadre 2 Ce qu'il sait faire ou ce qui l'intéresse. Illustrer par des exemples concrets.
Tâches et exigences en relation avec la scolarité	Lire	<input type="checkbox"/>						
	Ecrire	<input type="checkbox"/>						
	Calculer	<input type="checkbox"/>						
	Organiser son travail	<input type="checkbox"/>						
	Contrôler son travail	<input type="checkbox"/>						
	Accepter des consignes	<input type="checkbox"/>						
	Suivre des consignes	<input type="checkbox"/>						
	S'installer dans la classe	<input type="checkbox"/>						
	Utiliser des supports pédagogiques	<input type="checkbox"/>						
	Utiliser du matériel adapté à son handicap							
	Prendre des notes (quel que soit le support)							
	Participer à des sorties scolaires	<input type="checkbox"/>						

1 : activité réalisée sans difficulté et seul

2 : activité réalisée avec des difficultés ponctuelles et/ou une aide ponctuelle

3 : activité réalisée avec des difficultés régulières et/ou une aide régulière (commentaires indispensables si la case est cochée)

4 : activité non réalisée (commentaires indispensables si la case est cochée)

EVALUATION DES ACTIVITÉS DE L'ÉLÈVE (suite)

	ACTIVITÉS (Au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) <i>Si vous cochez les cases 3 et 4, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis</i>	1	2	3	4	Sans objet	Cadre 1 Les difficultés rencontrées. Illustrer par des exemples concrets.	Cadre 2 Ce qu'il sait faire ou ce qui l'intéresse. Illustrer par des exemples concrets.
<i>Tâches et exigences générales, relation avec autrui</i>	S'orienter dans le temps	<input type="checkbox"/>						
	S'orienter dans l'espace	<input type="checkbox"/>						
	Fixer son attention	<input type="checkbox"/>						
	Mémoriser	<input type="checkbox"/>						
	Gérer sa sécurité	<input type="checkbox"/>						
	Respecter les règles de vie	<input type="checkbox"/>						
	Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales							
Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui								
<i>Mobilité, manipulation</i>	Se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur (dans le cadre des activités scolaires)							
	Utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>						
	Avoir des activités de motricité fine	<input type="checkbox"/>						
<i>Entretien personnel</i>	Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>						
	S'habiller/se déshabiller	<input type="checkbox"/>						
	Prendre ses repas (manger, boire)	<input type="checkbox"/>						
	Prendre soin de sa santé	<input type="checkbox"/>						
<i>Communication</i>	Parler	<input type="checkbox"/>						
	Comprendre la parole en face à face	<input type="checkbox"/>						
	Comprendre une phrase simple	<input type="checkbox"/>						
	Produire et recevoir des messages non verbaux							

EVALUATION GLOBALE DU NIVEAU SCOLAIRE

Niveau d'acquisition dans les apprentissages. Si le niveau n'est pas homogène, préciser :

- Scolarité ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- Scolarité n'ayant pas permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

Évolutions observées (résultats scolaires, attitude face au travail, autonomie, socialisation, etc...)

PERSPECTIVES

Remarques de l'élève, de ses parents ou des représentants légaux, notamment par rapport au projet de vie.

Remarques des professionnels, perspectives ou projet concernant le parcours scolaire (demande d'AV Scolaire, d'orientation scolaire, projet professionnel, préconisation d'accompagnements divers, matériel adapté...)

La famille a donné son accord pour que les informations recueillies dans le présent document soient transmises aux professionnels concernés par la prise en charge de l'enfant :

- CCEP
- CEJH-NC
- CSD-ASH
- Partenaires de soins

PARTIE ACCOMPAGNEMENT DE VIE SCOLAIRE

Bilan de l'aide apportée par l'accompagnatrice de vie scolaire (le cas échéant)

Temps de présence de l'AV Scolaire (nombre d'heures par semaine) :

Missions de l'AV scolaire	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> Aide à la lecture	
<input type="checkbox"/> Aux déplacements	
<input type="checkbox"/> A la sécurité	
<input type="checkbox"/> Aux gestes de la vie quotidienne	
<input type="checkbox"/> A l'installation matérielle	
<input type="checkbox"/> A la prise de notes	
<input type="checkbox"/> A la compréhension des consignes	
<input type="checkbox"/> A la manipulation	
<input type="checkbox"/> A l'organisation	
<input type="checkbox"/> A la concentration	
<input type="checkbox"/> A la socialisation	
<input type="checkbox"/> A la mémorisation	
<input type="checkbox"/> Au passage des évaluations	
<input type="checkbox"/> Au repas	
<input type="checkbox"/> Autres tâches particulières	

Le temps de présence de l'AV scolaire est-il suffisant ?

Oui Non

La présence de l'AV scolaire a-t-elle permis d'augmenter le temps scolaire ?

Oui Non

L'AV scolaire intervient-elle pendant le temps de cantine ou périscolaire ?

Oui Non

Accompagnements divers

Demande d'accompagnatrice de vie

Oui

Non

Temps de présence de l'AV Scolaire souhaité (nombre d'heures par semaine) :

Missions envisagées auprès de l'élève	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> Aide à la lecture	
<input type="checkbox"/> Aux déplacements	
<input type="checkbox"/> A la sécurité	
<input type="checkbox"/> Aux gestes de la vie quotidienne	
<input type="checkbox"/> A l'installation matérielle	
<input type="checkbox"/> A la prise de notes	
<input type="checkbox"/> A la compréhension des consignes	
<input type="checkbox"/> A la manipulation	
<input type="checkbox"/> A l'organisation	
<input type="checkbox"/> A la concentration	
<input type="checkbox"/> A la socialisation	
<input type="checkbox"/> A la mémorisation	
<input type="checkbox"/> Au passage des évaluations	
<input type="checkbox"/> Au repas	
<input type="checkbox"/> Autres tâches particulières	

La présence d'une AV scolaire permettrait-elle d'augmenter le temps d'accueil ?

Oui

Non

La famille a donné son accord pour que les informations recueillies dans le présent document soient transmises aux professionnels concernés par la prise en charge de l'enfant :

CCEP

CEJH-NC

CSD-ASH

Partenaires de soins