|  |  |
| --- | --- |
|  | **FICHE D’ACCOMPAGNEMENT AVS / ÉLÈVE en classe ordinaire (rédaction par l’enseignant de la classe)**date :  |
| **1. Identité de l’ÉLÈVE :** |  |  |
| **NOM** : | Ecole : | Contact en cas urgence : |
| **Prénom** : | Classe : | Nb heures/ semaine : |
| PAI :  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2. Attendus de l’AVS :** |  |  |  |
| Domaines d’apprentissages / disciplinaires | **Action de l’AVS** | Positionnement de l’AVS sur le temps scolaire | **Aménagements et outils scolaires** | Exemples / Observations |
| *Exemple pour les* *rituels du matin* | *répéter, reformuler, expliquer clairement la consigne* | ***à côté*** | *supports adaptés* | *utiliser les pictogrammes de la météo* |
| *l'encourager, le féliciter, le motiver* | ***à côté*** | *communication spécifique* | *bravo, c’est super, tu es un champion* |
| *le recentrer sur l'activité* | ***à côté*** | *espace prédéfini* | *l’aider à rester au coin accueil* |
| *Exemple en lecture* | *monter l'exemple, aider à participer* | ***à côté*** | *supports adaptés* |  *Texte à trous à disposition* |
| *favoriser son autonomie* | *intervient à la demande de l'enfant* | *supports adaptés* | *Lignage en couleurs à tracer* |
|  | sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |  |
| sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |   |
| sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |  |
| sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |  |
|    | sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |   |
| sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |   |
| sélectionner | **sélectionner** | sélectionner |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **3. Particularités sensorielles éventuelles** |
| * [ ] Intolérance au bruit
 |
| * [ ] Gêne par rapport à la lumière
 |
| * [ ] Difficultés à accepter le contact physique
 |
| * [ ] Difficultés à accepter le contact visuel
 |
| * [ ] Refus de toucher certains matériaux : [Préciser]
 |
| * [ ] Refus de certains aliments : [Préciser]
 |
| * [ ] Autres : [Préciser]
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Aide à la vie quotidienne** |  |
| * [ ] Soins d’hygiène courante
 |  |
| * [ ] Aide à la prise de repas
 |  |
| * [ ] Aide aux déplacements
 |  |
| * [ ] Utilisation de matériel spécialisé : [Préciser]
 |  |
| * [ ] Autres : [Préciser]
 |  |  |
|  |  |  |
| **5. Gestion de crise** |  |  |
| * Protocole à consulter : [Préciser]
 |  |
| * Solutions d’apaisement :
 |  |  |
| - [Préciser] |  |  |
| - [Préciser] |   |  |
| * Outils de gestion du comportement :\*\* [Préciser]

 **Signature et engagement****AVS Enseignant** Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature : Signature : |  |
| **6. Centres d’intérêts de l’élève** |  |
| - [Préciser] |  |  |
| - [Préciser] |  |  |
|  |  |  |
| **7. Suivi et évaluation de l’accompagnement** |  |
| - Échanges réguliers : Enseignant(e)/AV : 1 fois/semaine |  |
| - Présence de l'AV en Équipes Éducatives (si possible) |  |

 |  |  |