SYNTHESE DE L’EQUIPE EDUCATIVE

# (1er degré)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ecole : | Circonscription : | Date : |
|  |  |  |
| Nom : | ENFANT  Prénom : | Date de naissance : … I … I … |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FAMILLE | | | | |
| Nom Prénom : Adresse : | Père | Nom : Prénom : Adresse : | Mère | Autre responsable légal  Nom : Prénom : Adresse : |
| : |  | : |  | : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ECOLE | | | |
| Etablissement de scolarisation : Adresse :  Directeur : | : | Ecole de référence : Adresse :  Directeur : | : |
| Enseignant de la classe : |  | Psychologue scolaire :  :  Médecin scolaire :  : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Service ou prise en charge spécialisée  Adresse :  :  Directeur de la structure ou du dispositif : Coordinateur de l’action :  : | Autre service I intervenant  Adresse :  :  Directeur de la structure ou du dispositif : Coordinateur de l’action :  : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CURSUS SCOLAIRE | | | | | | | | | | | |
| Cours | TPS | PS | MS | GS | CP | CE1 | CE2 | CM1 | CM2 | CLIS | Autre |
| Nombre d’années |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Organisation actuelle

Emploi du temps scolaire et des interventions (y compris AVS ou EVS) :

Classe :

Temps complet ❑ Aménagement d’horaires ❑ Temps partiel ❑

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | lundi | mardi | jeudi | vendredi | samedi |
| Matin |  |  |  |  |  |
| Après midi |  |  |  |  |  |

Observations en situation scolaire et extra scolaire : (capacités, difficultés rencontrées, besoins)

Réponses apportées à ce jour :

* Aménagement pédagogique : P.A.I. - P.P.R.E. - échanges de service (joindre Ies comptes-rendus) :
* Suivi RASED (préciser la nature et la fréquence de l’aide - si possibIe, joindre Ie compte-rendu) :
* Suivi extérieur (préciser la nature du suivi, les jours et heures) :
* Aide humaine : AVS ou EVS ( préciser la nature de l’aide) :
* Transport - accompagnement :
* Matériel adapté (lequel ?) :

# Evolution du projet

Objectifs de l’école :

Objectifs des services :

Propositions de l’équipe éducative (modifications à apporter) :

Réajustement du projet : prochaine réunion prévue le

Le cas échéant :

❑ L'élève a un dossier MDPH

❑ Un dossier MDPH est en cours d'instruction

❑ L'équipe éducative demande à la famille de déposer un dossier à la MDPH\*

\* Si les parents ne prennent pas contact avec la MDPH dans un délai de 4 mois à compter de ce jour, le directeur de l’école demandera à l’inspecteur d’académie d’informer la MDPH de la situation.

# Noms et signatures

## Date :

|  |  |
| --- | --- |
| Parents ou représentant légal | Service de soins (Sessad, CGI, CMPP,…) |
| Père : |  |
|  | Autre service de soins |
| Mère : |  |
| Famille d’accueil : | Orthophoniste |
| Ecole / établissement  Directeur :  Enseignant : | Médecin scolaire / PMI - Infirmière scolaire |
| Psychologue scolaire / membres du Rased |
| Assistante sociale |

Les parents et, si besoin, l'enseignant référent (situation de handicap) doivent être destinataires d'une copie de ce document signé.

Annexe 1

# Complément d’informations pour la constitution du dossier MDPH

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Observations pouvant éclairer la MDPH pour la mise en place d’un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Propositions de l’équipe éducative | | | |
| Temps de scolarisation |  | Aide humaine |  |
| Modalités de scolarisation |  | Interventions des services de soins |  |
| Matériel pédagogique |  | Aménagements des temps périscolaires (repas,…) |  |
| Transports : domicile / école ou établissement |  | Accessibilité des locaux |  |
| Orientation (à préciser) |  | | |

Pièces à joindre pour la constitution du dossier

|  |  |
| --- | --- |
| Renseignements médicaux ❑ | Projet d’Aides Spécialisées (Rased) ❑ |
| Compte rendu d’examen psychologique ❑ | Suivis extérieurs ❑ |
| Renseignements sociaux ❑ | Fiche d’évaluation de l’autonomie ❑  Protocole d’accompagnement par un AVS |
| Bilan scolaire ❑ | Justificatifs de matériel adapté ❑ |
| PPRE ❑ | Autre ………………………………………… ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| MDPH  Maison Départementale des Personnes Handicapées  6 C Boulevard Diderot 25000 BESANCON  : 03.81.52.54.25 | Enseignant référent |

Annexe 2

## Exemple de lettre à formuler par la famille

à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Adresse : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

responsable légal de l’enfant (Nom, Prénom) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

né(e) le . . . . . . . . . scolarisé(e) à l’école de . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

souhaite qu’un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) soit mis en place pour mon enfant.

Je souhaite en particulier : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

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

Pièce jointe : copie de la synthèse de l’équipe éducative

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . le . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature

|  |  |
| --- | --- |
| MDPH  Maison Départementale des Personnes Handicapées  6 C Boulevard Diderot 25000 BESANCON  : 03.81.52.54.25 | Enseignant référent |