

|  |
| --- |
| **PROJET PERSONNALISÉ DE SCOLARISATION (P P S) :** **Année scolaire :**  **Premier PPS Reconduction du PPS** |

|  |
| --- |
| Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en qualité de père / mère / responsable légal demande la mise en place du **Projet Personnalisé de Scolarisation** pour NOM de l’élève : Prénom : Né(e) le : scolarisé(e) en classe de : Adresse de l’élève :*Adresse(s) du (des) parent(s) ou responsable(s) légal (aux) (si différente de l’adresse de l’élève) : Téléphone (fixe) :* *Téléphone (portable) :* *E-mail :* |

|  |
| --- |
| **L’élève a-t-il déjà un dossier dans une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en France ? Si oui, laquelle ?** |

|  |
| --- |
| **Nom de l’établissement :** **Adresse : Tél :** **Chef d’établissement :** **Directeur d’école:****Médecin :**  |

**Intervenants spécialisés**

|  |
| --- |
| **Nom et prénom : Fonction :** **Nom et prénom : Fonction :**  |

**Coordonnateur du PPS**

|  |
| --- |
| **Nom et prénom :** **Fonction :**  |

**Parcours scolaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Année scolaire**  | **Classe**  | **Établissement Ville**  | **Aide et soutien proposés**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VOLET PEDAGOGIQUE** |

**Les points forts**

|  |
| --- |
|  |

**Les difficultés repérées**

|  |
| --- |
|  |

**Compétence visées par domaines et progrès attendus**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Compétences transversales/ Objectifs*** | ***Moyens et intervenants*** |
|  |  |
| ***Compétences disciplinaires/ Objectifs*** | ***Moyens et intervenants*** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PROJET THERAPEUTIQUE(Prises en charge ré éducatives)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des prises en charge** | **Intervenants**  |
|  Kinésithérapie Orthophonie Ergothérapie Psychomotricité Psychothérapie Autres (préciser) |  |

|  |
| --- |
| **VOLET COMPENSATION / MODALITÉS DE SCOLARISATION**  |

**Informations particulières liées aux incapacités et difficultés spécifiques de l’élève à prendre en considération dans la conduite du projet : …………………………………………………………………………………………………………………..............................................................................................................................……**

**Modalités de transport**

|  |
| --- |
| Domicile/établissement scolaire : Établissement scolaire/lieu du soin : |

**Mode de scolarisation**

 Temps complet Classe d’accueil :

 Temps partiel (préciser) : Effectif de la classe : élèves

**Emploi du temps de l’élève** (préciser les horaires scolaires, les temps de soins éventuellement)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Horaires | Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Jour 4 | Jour 5 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Adaptations pédagogiques :**  **non**  **oui**

|  |
| --- |
|  *matériel pédagogique adapté :*  *adaptations des supports :* *aménagements des contenus :**aménagements des modalités d'évaluation :* *autre :* *dispense d'enseignement particulier :* *protocole particulier :* *projet d'orientation envisagé :* |

|  |
| --- |
| **AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE ( AVS) non oui** |

**Nom prénom :**

**Employeur :**

**Missions :**

**Emploi du temps de l’AVS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Horaires | Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Jour 4 | Jour 5 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Aide pendant les cours**

 Apprendre à apprendre

 Aide à la concentration

 Anticipation : aide en amont des activités

 Aide à la communication en classe

Verbalisation

 Prise de notes

 Répétition, reformulation des consignes

 Développement de l’autonomie

 Autres (préciser) :

**Aide en dehors des cours**

 Intervention en appui aux gestes de la vie quotidienne (toilettes, repas)

 Accompagnement jusqu’aux lieux de soins

 Autres (préciser)

**Dispositions en cas d'absence de l'AVS**

|  |
| --- |
|  |

**Dispositions en cas d'absence de l'enseignant**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **AMÉNAGEMENTS** |

**Aménagement des locaux** (descriptif des besoins, démarches à entreprendre)

|  |
| --- |
|  |

**Matériel spécifique mis à la disposition de l’élève**

|  |
| --- |
|  |

**Matériel spécifique à demander**

|  |
| --- |
|  |

**SIGNATAIRES DU PROJET**

**Date :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction**  | **Nom et prénom**  | **Signature**  |
| Père Mère  |  |  |
| Représentant(s) légal (aux) de l’élève  |  |  |
| Chef d’établissement  |  |  |
| Directeur d’école  |  |  |
|  |  |  |
| Enseignant(s)  |  |  |
|  |  |  |
| Auxiliaire de vie scolaire  |  |  |
| Médecin  |  |  |
| Autre intervenant :  |  |  |
|  |  |  |

**Date de la prochaine réunion de suivi de scolarisation**

|  |
| --- |
|  |

**Validation du projet**

|  |
| --- |
| **PPS validé le** **Signataire :****Nom et prénom : Signature :****Qualité :** |

Liste des annexes si besoin :