

|  |
| --- |
| **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 :