**Adaptation annuelle de la Scolarisation**

**Année scolaire : 2020/2021 Date de rédaction :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :**  | **Prénom :** | **Classe :**  | **Date de naissance :** |

 |
| **Famille** |
| **Père**Nom :Prénom : Adresse :  :Mail : | **Mère**Nom :Prénom : Adresse :  :Mail : | **Assistant(e) familial(e)**Nom :Prénom : Adresse :  **:****Mail :** |

**Etablissement scolaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ecole ou établissement scolaire de référence.** | **Ecole ou établissement scolaire de scolarisation.** | **Etablissement sanitaire ou médico-social de scolarisation.** |
| ***Dénomination et adresse :*** |  |  |  |
| ***Directeur, Principal ou Proviseur :*** |  |  |  |
| ***Téléphone,*** ***Courriel :*** | 🕿 : ……………………………………………@..................... | 🕿 : ……………………………………………@....................... | 🕿 : ……………………………………………@....................... |

**Parcours de formation**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cycle 1** | **Cycle 2** | **Cycle 3** | **Collège** | **Inclusion collective** | **Inclusion collective** | **Inclusion collective** |
| **classes** | **PS** | **MS** | **GS** | **CP** | **CE1** | **CE2** | **CM1** | **CM2** | **6ème** | **5ème**  | **4ème**  | **3ème** | **ULIS école** | **ULIS collège** | **ULIS****lycée** |
| **Nombre d’années** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suivi RASED** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PPRE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **P.A.P.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Emploi du temps[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | SAMEDI |
| **MATIN**  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **APRES-MIDI** |  |  |  |  |  | Date :Signatures : |

**Interventions extérieures (orthophoniste, services de soins...):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’aide apportée** | **Nom et prénom de l’intervenant** | **Jour et horaire d’intervention** | **Lieu d’intervention** | **Coordonnées****Téléphone-Courriel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Observations éventuelles**

|  |
| --- |
| **(y indiquer notamment les modalités de prise en charge prévues en cas d’absence de l’AVS, de l’élève en situation de handicap, du professeur)** |

**Volet pédagogique à rédiger par l'enseignant de la classe ou professeur principal**

**Feuillet rédigé par :**

**Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom, prénom de l’élève :**

**Classe :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Situation initiale :*****compétences acquises, comportement observé, difficultés rencontrées dans les apprentissages, la socialisation…*** | **Objectifs d’apprentissage** ***en référence au socle commun de connaissances et de compétences*****et objectifs spécifiques :*****description des objectifs réalisables, …*** | **Adaptations,** **Compensations à mettre en place****Précautions à prendre.** | **Critères d’évaluation*****mesurables*** |
|  |  |  |  |

**Signatures des partenaires**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nom Prénom*** | ***Qualité*** | ***Signature*** |
|  | *Elève.* |  |
|  | *Représentants légaux de l’enfant* |  |
|  | *Enseignant de la classe ou professeur principal* |  |
|  | *Directeur(trice) de l’école ou chef d’établissement scolaire de scolarisation.* |  |
|  | *Directeur de l’établissement sanitaire ou médico – social* |  |
|  | *Médecin scolaire* |  |
|  | *Infirmière scolaire* |  |
|  | *Psychologue de l’Education Nationale* |  |
| Mme GRASSET LAVOISY | *Inspectrice de l’Education Nationale - Douai/Waziers* |  |
| M. LOGEON | *Inspecteur de l’Education Nationale – Douai-Cambrai/ A.S.H.* |  |
| GIBIAT Jean-Michel | *Enseignant référent* |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***NOTIFICATION(S) M.D.P.H :***

***Enseignant référent :*** *M. GIBIAT Jean-Michel - Collège Joliot Curie - rue de Montigny - 59167 LALLAING*

*Tél : 06.35.22.94.07. - Courriel : ens.ref.lallaing@gmail.com*

………………………………………………………………………………………………………, **…… ……………..@ac-lille.fr**

***Circonscription IEN DOUAI-CAMBRAI/A.S.H. :*** *M. LOGEON – 941, rue Charles Bourseul - 59508 DOUAI CEDEX - Tél :* *03 27 71 22 02 – Courriel :* *ce.0594801y@ac-lille.fr*

***Circonscription IEN DOUAI/WAZIERS*** ***:*** *Mme GRASSET-LAVOISY - 941, rue Charles Bourseul - 59508 DOUAI CEDEX - Tél : 03.27.71.22.16 - Courriel : ce.0595959g@ac-lille.fr*

1. *Compléter l’emploi du temps en indiquant les différents créneaux horaires et pour chacun d’eux :*

***E*** *= établissement scolaire ou classe+ Aesh I ou AESH mut si présence*

*précisez la classe fréquentée entre parenthèses : exemple : E (CE2, ULIS, 1ère , etc…)*

***S*** *= Service de soins ou établissement sanitaire ou médico-social,*

***UE****= scolarisation dans l’Unité d’Enseignement de l’établissement sanitaire ou médico – social,*

***A*** *= Autres.* [↑](#footnote-ref-1)