|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Parcours Scolaire d’Inclusion – P.S.I.** |
| **1-INFORMATIONS GENERALES** |
| Nom : | Prénom :  | Sexe : M / F |
| Date de naissance :  |
| Responsables légaux :  | Téléphone :  |
| Adresse complète :  |
| mail :  |
| Responsables légaux :  | Téléphone :  |
| Adresse complète :  |
| mail :  |
| ET / OU Personne exerçant de fait une autorité sur l’enfant : qualité :  |
| Nom / Prénom : | Téléphone :  |
| Adresse complète :  |
| mail :  |
|  |  | Changement d’adresse : date : Adresse complète :  |
|  |  | Changement d’adresse : date : Adresse complète : |

|  |
| --- |
| **CURSUS SCOLAIRE** |
| Année | Ecole / établissementClasse Enseignant (e) | Modalités de scolarisation | Dispositifs d’aides de l’école / l’établissement scolaire(PSI, APTA, DESI, DESED/RASED, AV, infirmière scolaire, Educateur spécialisé…) | Temps de scolarisation | Temps d’inclusion | Suivis extérieurs |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ecole/établissementClasseEnseignant | Inclusion en milieu ordinaire/ niveau :....  Dispositif ULIS  Inclusion en SEGPA  Dispositif Cl.ASSE. / RELAIS  Temps partagés sur un ESMS Autre : …………………………. |  |  |  |  |
|  | Ajoutez les lignes au fur et à mesure des années |

**NOM : ……………………………………………. PRENOM : ………………………………………. CLASSE : ………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| Enseignant de la classe d’inclusion: : ………………  | Educateur/trice spécialisé.e (CLIS ou C.L.A.S.S.E., dispositifs relais) …………………. |
| Enseignant.e spécialisé.e DESED / DESI / CLASSE : ………………………. | Psychologue scolaire / E.N.: ………………………  |
|  | Infirmièr.e scolaire : …………………………. |

|  |
| --- |
| **PAI :**  oui /  non |

**SUIVIS :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Spécialités* | *Nom* | *Téléphone**mail* | *Adresse* | *Jours/horaires* | *Transport* |
| Médecin traitant |  |  |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |  |  |
| Ophtalmologue |  |  |  |  |  |
| Assistante sociale |  |  |  |  |  |
| Mesures éducatives |  |  |  |  |  |
| Etablissements Spécialisés Médicaux Sociaux (CAJEDA, ISA, IME, MGP ….) |  |  |  |  |  |
| CMP / CASADO |  |  |  |  |  |
| HDJ |  |  |  |  |  |
| DECLIC  |  |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**NOM : ……………………………………………. PRENOM : ………………………………………. CLASSE : ………………………….**

|  |
| --- |
| **2- PROJET** |
|  |
| **Classe : Ecole / Etablissement scolaire : Date : / / 2022 Durée prévue :**  |
| **Champ disciplinaire : Composantes /Domaines du socle :** |
| **Situation actuelle / Motivation du projet** | **Mise en œuvre**Brève description :outils, modalités de l’aide (rituels, ateliers, différenciation en classe, activité libre, support numérique), durée, fréquence, cf. cahiers …**Adaptations à mettre en œuvre****Place de l’AV (si présent.e)** | **Propositions d’actions de la part de la famille**auprès de l’enfant à la maison,en lien avec l’école | **Actions des partenaires** **(si effective) :** (description actions DESED, **de l’éducateur/trice spécialisé.e si présent.e**) |
| **Réussites** de l’élève (points d’appuis) en lien avec le domaine ciblé :**Obstacles** observés (qu’est-ce qui fait obstacle à l’apprentissage?) :**Capacités** visées (L’élève devra être capable de …) : |  |  |  |
| **Signature du Directeur Signature de l’enseignant Signature des représentants légaux Signature de l’élève** |

**NOM : ……………………………………………. PRENOM : ………………………………………. PSI N° : ……….**

|  |
| --- |
| **Bilan / Amendement / Perspectives** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Adaptations matérielles / pédagogiques à inscrire dans la durée :**[Les APDA/APTA peuvent aider à la rédaction du document.](https://denc.gouv.nc/scolarite-de-leleve/aide-aux-eleves-en-difficultes)  **Existe-t-il un diagnostic posé sans reconnaissance de handicap pour des situations nécessitant des adaptations et/ou aménagements dans la durée ?** oui non |

|  |
| --- |
| **Poursuite par une demande d’aide** :  spécialisée (DESED/RASED) pédagogique (CPC / CMAI)  Autre : ……………………………………Les parents ou représentants légaux :  Autorisent  N’autorisent pas**Date et signatures : / / 2022****l’élève l’enseignant.e le/la directeur/trice d’école Les parents ou représentants légaux** |

|  |
| --- |
| **Partie réservée au DESED/RASED Proposition réalisée à l’issue de la synthèse de l’équipe DESED/RASED** |

 Poursuite de l’aide au sein de l’école (préciser) : .……………………………………………………….

 Accompagnement spécialisé par un membre du DESED/RASED – Enseignant spécialisé / Psychologue scolaire : ………………………………………………… A compter de : …………………..

 *Rappel : le bilan psychométrique sera soumis à l’accord des parents, le projet d’aide spécialisée précisera les modalités d’évaluation de l’aide.*

 Aide d’un membre du DESED/RASED en tant que personne-ressource (conseil aux parents, à l’enseignant, à l’équipe…) à préciser : …………………………… A compter de : ……………………

 Autre : ……………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** **Dates****Signatures** | **DESED/RASED** | **ENSEIGNANT** | **DIRECTEUR** |

**NOM : ……………………………………………. PRENOM : ………………………………………. PSI N° : ……….**

**3- PARTIE RESERVEE A L’ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP**

**Décisions des commissions compétentes**

Taux : …………………… jusqu’au ………. AV: ****oui / **** non jusqu’au ……… AV : **** individuelle / **** mutualisée / **** collective Nombre d’heures d’AV : ……. Transport:……………

**L’emploi du temps de l’élève :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Heures*** | **LUNDI** | **MARDI** | **MERCREDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| **Temps périscolaire** |  | **AV** |  | **AV** |  | **AV** |  | **AV** |  | **AV** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pause méridienne/ temps periscolaire |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Temps périscolaire** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Emploi du temps hebdomadaire : ……… heures | Inclusions en classe ordinaire : ………………; |  | **En cas d’absence ponctuelle de l’enseignant ou de l’AV**, définition des conditions d’accueil de l’élève en privilégiant autant que possible l’accueil dans l’école ou l’établissement (indiquer les partenaires au sein de l’école ou de l’établissement le cas échéant)**:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Regroupement dans le dispositif ULIS : ……. heures |
| Inclusions en SEGPA: ……. ……heures |

**Signatures : l’enseignant le directeur d’école / directeur d’établissement scolaire Les parents ou représentants légaux**

**NOM : ……………………………………………. PRENOM : ………………………………………. PSI N° : ……….**

**Organisation des temps de pause :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Présence de l’AV** | ***Prise en compte du besoin particulier de l’élève en concertation avec les AV et la caisse des écoles (pour la cantine) pour le 1er degré / avec la Vie Scolaire pour le 2nd degré***  | **Mode de communication : oral, dessin, langue des signes, aide via le LPC, …** |
| **A la cantine** |  |  |  |
| **En récréation** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MATERIEL ADAPTE** |
|  |

|  |
| --- |
| **PROJET EDUCATIF de l’éducateur.trice spécialisé.e de la CLIS/ULIS** |
|  |

**Signatures : l’enseignant le directeur d’école / directeur d’établissement scolaire Les parents ou représentants légaux**