|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement : **TEL : Adresse mail :**  | **PROJET PERSONNALISE DE FORMATION**  |
| **Année scolaire ……… / ………. Classe :** **Directeur/chef d’établissement :**  | **ESR n° : ………………………………. Contact :** **Durée du Projet : ……………………………………****Périodicité annuelle des bilans : 1** ❑ **2** ❑ **3** ❑ **Scolarisation partagée : oui** ❑ **non** ❑**Protocole d’urgence nécessaire:** oui ❑ non ❑  |

|  |
| --- |
| 1. Identification de l’élève et renseignements |
| **Nom :**  | **Prénom :**  | **Sexe**:M ❑ F ❑ | **Date** **de naissance** : |
|  |
| **Responsable légal ou ayant la charge effective de l’enfant : Nom** : **Prénom :** **Adresse**:  **Contact** : |

|  |
| --- |
| **Scolarité antérieure** |
| **Commune - Etablissement - Classe**  | **Année scolaire** | **Commune - Etablissement - Classe** | **Année scolaire** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 2- Besoins éducatifs particuliers de l’élève handicapé |
| **Compétences et réussites constatées** | **Difficultés repérées au niveau des apprentissages** |
| **Synthèse de la problématique de l’élève (en incluant si besoin des informations de type médicales ou sociales afin d’éclairer la situation)** |
|  |

|  |
| --- |
| **3- Objectifs et modalités d’action de l’ensemble des intervenants concernés** |
| **Objectifs** :---- |
| **Nature de l’intervention** **Identité, qualité ou fonction de l’intervenant** | **Modalités d’action en rapport avec les objectifs du projet de scolarisation**  |
| **Lieu, périodicité, durée, matériel** | **Descriptif des actions en termes de tâches** |
| **Scolaire****Enseignant/Professeur :**  |  |  |
| **Accompagnement scolaire****AVS :** |  |  |
| **Intervenants médicaux et/ou paramédicaux extérieurs :**  |  |  |
| **Partenaires extérieurs :** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Aménagements spécifiques pour favoriser l’autonomie de l’élève sur le plan matériel et pour les évaluations/examens (si besoin)** |
|  |

|  |
| --- |
| 5. Emploi du temps et accompagnement AVS |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  | **Elève** | **AVS** | **Elève** | **AVS** | **Elève** | **AVS** | **Elève** | **AVS** | **Elève** | **AVS** |
| **7h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7h30**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16h30** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total horaire** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EPS adaptations préconisées** : ❑ non  ❑ oui, précisez :

**7. Avis de l’élève et de sa famille**

|  |
| --- |
| **8- Membres partenaires du projet** |
| **Nom-Prénom** | **Qualité ou fonction**  | **Contact** | **Signature** |
|  | Responsable(s) de l’enfant ou de l’adolescent |  |  |
|  | Médecin scolaire ou institutionnelInfirmier (e)  |  |  |
|  | Enseignant/Professeur principal  |  |  |
|  | Partenaire extérieur référent |  |  |
|  | Médecin traitant |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature de l’ESR :Cachet et signature du directeur ou du chef d’établissement.Transmis à la CTES le ………..………… |   Validé par la CTES le :  IEN-ASH Président (e) de la CTES |

|  |
| --- |
| Protocole d’urgence  |

Pour la (les) pathologie(s) connue(s) nécessitant un protocole d’urgence, les éléments médicaux sont définis sous la responsabilité médicale du médecin qui l’établit.

La mise en œuvre de ce protocole est placé sous la responsabilité du directeur d’école ou du chef d’établissement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En cas de :** | **Signe d’appel** | **Conduite à tenir** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Contenu de la trousse d’urgence déposée à l’école par les parents[[1]](#footnote-1)** |
| **Médicament(s)** | Nom et posologie *Joindre l’ordonnance du médecin traitant de l’enfant* | Recommandations/explications |
| **Lieu de rangement**  | **Mallette de secours****[ ] NON[ ] OUI****Trousse personnelle de l'élève [ ] NON[ ] OUI** | **Localisation :** |
| **Intervenant pour l’administration des médicaments** |  |  |
| **Information à fournir au médecin[[2]](#footnote-2)** |
|  |
| **Référents à contacter :** | **Appels : (Numéroter par ordre de priorité)** |
| **Parents :** |  | Tél. domicile : ............................ |  | Tél. travail : ............................ |
| **SAMU :** |  | **15** |  |  |
| **Médecin :** |  |  |  |  |
| **Pompiers :** |  | **18** |  |  |
| **Service hospitalier :** |  |  |  |  |
| **Autre :** |  |  | Cachet et signature du médecin : |  |

1. **Trousses d’urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Les trousses sont fournies par les parents et doivent doit contenir un double de ce document

- Les parents fournissent les médicaments et Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu’ils sont périmés

- Les parents s’engagent à informer le médecin scolaire en cas de changement de la prescription médicale [↑](#footnote-ref-1)
2. **Information à fournir au médecin d’urgence :**

(des éléments confidentiels peuvent être joints sous pli cacheté qui sera rendu aux référents médicaux en fin d’année scolaire) [↑](#footnote-ref-2)