

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

--

Compétences visées par domaines et progrès attendus

Compétences transversales / Objectifs	Moyens et intervenants

Compétences disciplinaires / Objectifs	Moyens et intervenants

PROJET THERAPEUTIQUE (prises en charge rééducatives)

Nature des prises en charge	Intervenants
<input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> Psychothérapie <input type="checkbox"/> Autres (préciser)	

VOLET COMPENSATION / MODALITES 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

Temps partiel (préciser) :

Classe d'accueil :

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

<input type="checkbox"/> matériel pédagogique adapté : <input type="checkbox"/> adaptations des supports : <input type="checkbox"/> aménagements des contenus : <input type="checkbox"/> aménagements des modalités d'évaluation : <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> dispense d'enseignement particulier : <input type="checkbox"/> protocole particulier : <input type="checkbox"/> projet d'orientation envisagé :

AUXILIAIRE DE VIE SCOLAIRE (AVS) non oui

Nom et prénom :
Employeur :
Missions :
Emploi du temps de l'AVS

Horaires	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5

Aide pendant les cours

<input type="checkbox"/> Apprendre à apprendre <input type="checkbox"/> Aide à la concentration <input type="checkbox"/> Anticipation : aide en amont des activités <input type="checkbox"/> Aide à la communication en classe <input type="checkbox"/> Verbalisation <input type="checkbox"/> Prise de notes <input type="checkbox"/> Répétition, reformulation des consignes <input type="checkbox"/> Développement de l'autonomie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
--

Aide en dehors des cours

- Intervention en appui aux gestes de la vie quotidienne (toilettes, repas)
- Accompagnement jusqu'aux lieux de soins
- Autre (préciser) :

Dispositions en cas d'absence de l'AVS**Dispositions en cas d'absence de l'enseignant****AMENAGEMENTS****Aménagement des locaux** (descriptif des besoins, démarches à entreprendre)**Matériel spécifique mis à la disposition de l'élève****Matériel spécifique à demander**

