

<b>Nom de l'établissement :</b> TEL : Adresse mail :		<b><i>PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION</i></b>	
Année scolaire ..... / .....		ESR n° : .....	
Classe :		Contact :	
Directeur/chef d'établissement :		Durée du Projet : .....	
		Périodicité annuelle des bilans : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Scolarisation partagée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
		Protocole d'urgence nécessaire: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

### 1. Identification de l'élève et renseignements

<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Date de naissance :
--------------	--	-----------------	--	---	--	---------------------

<b>Responsable légal ou ayant la charge effective de l'enfant :</b>		<b>Nom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Adresse :</b>				<b>Contact :</b>	

### Scolarité antérieure

Commune - Etablissement - Classe	Année scolaire	Commune - Etablissement - Classe	Année scolaire

### 2- Besoins éducatifs particuliers de l'élève handicapé

<b>Compétences et réussites constatées</b>	<b>Difficultés repérées au niveau des apprentissages</b>

**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										
<b>Total horaire</b>										

EPS adaptations préconisées :  non  oui, précisez :

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

--

**8- Membres partenaires du projet**

<b>Nom-Prénom</b>	<b>Qualité ou fonction</b>	<b>Contact</b>	<b>Signature</b>
	Responsable(s) de l'enfant ou de l'adolescent		
	Médecin scolaire ou institutionnel Infirmier (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 placée sous la responsabilité du directeur d'école ou du chef d'établissement.

En cas de :	Signe d'appel	Conduite à tenir	
<b>Contenu de la trousse d'urgence déposée à l'école par les parents<sup>1</sup></b>			
<b>Médicament(s)</b>	Nom et posologie <i>Joindre l'ordonnance du médecin traitant de l'enfant</i>	<b>Recommandations/explications</b>	
<b>Lieu de rangement</b>	<b>Mallette de secours</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <b>Trousse personnelle de l'élève</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<b>Localisation :</b>	
<b>Intervenant pour l'administration des médicaments</b>			
<b>Information à fournir au médecin<sup>2</sup></b>			
<b>Référents à contacter :</b>	<b>Appels : (Numéroter par ordre de priorité)</b>		
<b>Parents :</b>	Tél. domicile : .....	Tél. travail : .....	
<b>SAMU :</b>	<b>15</b>		
<b>Médecin :</b>			
<b>Pompiers :</b>	<b>18</b>		
<b>Service hospitalier :</b>			
<b>Autre :</b>			

<sup>1</sup> **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Les trousses sont fournies par les parents et doivent 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

<sup>2</sup> **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)

Cachet et signature du médecin :