

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Yonne

| 2nd degré | |
|-----------------|--|
| Etablissement : | |
| | |
| | |

Pôle Vie de l'Elève et des Etablissements

Année scolaire 2020/2021

DOSSIER INITIAL

| DEFAULD AS | SSIDUITE SCOLAIRE | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| NOM et prénom de l'élève : | F□ M□ | | | | |
| Date de naissance : | Classe : | | | | |
| Responsable légal 1 : Nom – Prénom Adresse : | Responsable légal 2 : Nom – Prénom Adresse : | | | | |
| Téléphone : Courriel : | Téléphone : Courriel : | | | | |
| Institution ou famille d'accueil (en cas de Nom – Prénom Adresse | placement) : | | | | |
| Téléphone : Courriel : | | | | | |
| FRATRIES | | | | | |
| Nom, prénom, date de naissance, établissement | t fréquenté | | | | |
| ₽ | ⇨ | | | | |
| \Rightarrow | | | | | |
| | | | | | |
| | S EN CHARGE DU DOSSIER | | | | |
| (Préci | ser nom et prénom) | | | | |
| □ CPE : | | | | | |
| ☐ Assistante Sociale : | | | | | |
| ☐ Infirmière : | | | | | |
| ☐ Médecin Scolaire : | | | | | |
| ☐ Psychologue de l'éducation nationale : | | | | | |
| ☐ Autre : | | | | | |

| | INF | JRIMATIO | NS COMPLEME | INTAIRES |
|---|--------------------|------------------|--|---|
| L'élève bénéfic | ie-t-il d'un : | | | |
| <u>PAP</u> : | OUI 🗆 | NON □ | <u>PPS</u> : | OUI NON |
| <u>Orien</u> | tation CDO: | OUI 🗆 | NON □ | En cours □ |
| <u>Dossi</u> | er MDPH : | OUI 🗆 | NON □ | En cours □ |
| <u>Dema</u> | nde en centre | jour : | OUI 🗆 | NON □ |
| Suivi éducatif | et/ou judiciaiı | <u>re</u> : □ éd | ucatif 🔲 judiciai | ire |
| Si oui, nom du | service et pers | onne référen | ite: | |
| | | | | |
| Autres élémer | nts que vous s | ouhaitez po | rter à connaissance | : |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | Α | BSENTEISME | |
| | | | | |
| Nombre de de | mi-journées d | l'absences i | njustifiées : | |
| Motifs récurre | nts des abser | nces (plusie | urs choix possibles) |): |
| ☐ Maladies, sa☐ Convenance | | 3 | | |
| ☐ Injustifiées | if(a) prásicaz | | | |
| □ Autre(s) mot | ii(s), precisez . | | | |
| lettre(s) à la fam | nille, convocation | n des respons | ables légaux, équipes | UITE (ex : appel téléphonique et/ou éducatives, saisine d'une commission |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | ent utile à l'analyse d bulletins scolaires,) | de la situation : (ex : courriers |
| Souhaitez-vous absentéisme? | s un entretien | téléphonique | e préalable avec un | des membres de la commission |
| | OUI 🗆 | NON E |] | |
| vous parait- elle | | | en avec la famille? | de l'infirmière conseillère technique |
| A | le | | Signature o | du chef d'établissement |