

## Suivi du Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S)

Nom et Prénom du référent :

*Textes officiels de référence : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 – article 19  
Circulaire n°2006-126 du 17 août 2006*

NOM et Prénom de l'élève :	
Date de naissance :	
Établissement d'accueil pour la scolarisation :	
classe :	

Ens.réf.	Réunion de l'équipe de suivi de scolarisation	
Date de la réunion de l'E.S.S:		
<input type="checkbox"/> mise en œuvre du P.P.S <input type="checkbox"/> ajustement du P.P.S <input type="checkbox"/> évaluation annuelle du P.P.S	<input type="checkbox"/> poursuite du P.P.S sans modification <input type="checkbox"/> demande de modification du P.P.S à la C.D.A ➔ transmis à la C.D.A le ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> demande de révision d'orientation à la C.D.A ➔ transmis à la C.D.A le ____ / ____ / ____	
Personnes présentes :		
NOM - Prénom	fonction	signature

**P.P.S - suivi - NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

<b>Ens. Réf.</b>	<b>Suivi du projet</b>	<b>Date :</b>
	constats - évaluation	réajustements à envisager
actions pédagogiques		
actions éducatives		
actions thérapeutiques		

### **Synthèse des propositions**

(en cas de désaccord entre les différentes personnes présentes, préciser les propositions de chacun)

<b>Ens. Réf.</b>	<b>Suivi du projet – emploi du temps de l’élève et accompagnement</b>
------------------	---

horaires	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
repas					

Codage : T.S → Temps Scolaire / T.S-A.V.S → Temps Scolaire avec A.V.S / T.T → Temps du transport / S.T → Suivi Thérapeutique / S.E → Suivi Éducatif /

Durée hebdomadaire de scolarisation : → de l’élève : \_\_\_\_\_ → de la classe : \_\_\_\_\_

Durée d’accompagnement de l’A.V.S : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Accompagnement ou prise en charge par un service extérieur	<input type="checkbox"/> S.E.S.S.A.D <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> I.T.E.P S.E.S.S.A.D</span> <input type="checkbox"/> I.M.E → _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> I.E.M</span> <input type="checkbox"/> autre établissement → _____
Coordonnées du service → NOM : _____ Adresse : _____ <span style="float: right;"> _____</span>	
<input type="checkbox"/> Présence d’un accompagnateur à la scolarisation	<input type="checkbox"/> temps partiel → quotité de temps: _____
<input type="checkbox"/> Mise à disposition de matériel pédagogique adapté → _____	
<input type="checkbox"/> Transport particulier → _____	
<input type="checkbox"/> Aménagement des locaux → _____	

Date : \_\_\_\_\_

Signatures :

le représentant légal

l’élève majeur

l’établissement d’accueil

l’établissement spécialisé