|  |  |
| --- | --- |
| **Division de la vie de l’élève et de la scolarité**  **Dossier à envoyer par courriel à :**  [**virginie.defaye@ac-lyon.fr**](mailto:virginie.defaye@ac-lyon.fr) | **CONTROLE DE L’ASSIDUITE SCOLAIRE**  **DOSSIER INDIVIDUEL POUR L’ANNEE 2020 - 2021**  Vu le code de l’éducation,  notamment les articles L 131-1 L131-5 L131-8 et L111-3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETABLISSEMENT** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **0** | **4** | **2** |  |  |  |  |  |   UAI :  Adresse :  Tél :  Courriel : |
| **Affaire suivie par :**  Qualité : Tél :  Adresse électronique : | |

**ELEVE : Identifiant national :**

NOM : Prénom : Sexe :

Né(e) le : Classe :

#### RESPONSABLES LEGAUX

Nom et adresse du PERE ou tuteur (à préciser) Nom et adresse de la MERE ou tutrice (à préciser)

Tél : Tél :

Autorité parentale  Autorité parentale

**Si la famille est séparée, préciser chez qui l’enfant à sa résidence habituelle :**

Fratrie présente dans l’établissement : (préciser si absent ou non) ou dans un autre établissement (préciser si possible lequel) :

#### PARCOURS DE L’ELEVE

Date de la première scolarisation en France :

Date d’arrivée ou d’affectation dans l’établissement :

Elève redoublant sa classe actuelle

Elève ayant fait une demande compensation du handicap auprès de la MDPH : oui  non

Notification par la MDPH pour l’enseignement adapté ou spécialisé : oui  non

Accord de la famille : oui  non

#### RELEVE DES ABSENCES : demi-journées par mois, demi-journées cumulées (joindre OBLIGATOIREMENT le relevé des absences)

#### DEMARCHES ENTREPRISES :

1 / Rendez-vous et /ou entretien téléphonique avec l’élève et sa famille oui  non

Si Non, pourquoi :

2 / Réunion de la commission ou équipe éducative (joindre le compte rendu) le :

3/ Propositions de dispositifs éducatifs (types de dispositif, personnels impliqués, observation)

4 / Propositions de dispositifs pédagogiques (type de dispositif, personnels impliqués, observation)

5/ Travail sur l’orientation

6/ Suivi du jeune hors de l’établissement (nature du suivi, partenaires impliqués – observations)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFIRMIERE** | **MEDECIN SCOLAIRE** | **ASSISTANTE SOCIALE** | **PSYCHOLOGUE DE L’EDUCATION NATIONALE** |
| L’élève est connu de l’IDE  L’IDE a été informé le ………………………………  de la situation d’absentéisme de l’élève.  L’infirmier(e) scolaire de l’éducation nationale :  Date :  NOM Prénom :  Signature : | L’élève a été reçu par le médecin scolaire le ………………. .  Le médecin scolaire de l’éducation nationale :  Date :  NOM Prénom :  Signature : | L’élève est connu de l’AS  L’AS a été informé le ………. …………………….  de la situation d’absentéisme de l’élève.  L’assistant(e) sociale de l’éducation nationale :  Date :  NOM Prénom :  Signature : | L’élève est connu du psychologue de l’éducation nationale.  Le psychologue a été informé le ……………… . de la situation d’absentéisme de l’élève.  Le (ou la) Psychologue de l’éducation nationale :  Date :  NOM Prénom :  Signature : |

#### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES POUVANT AIDER A LA DECISION : Vous pouvez joindre tout rapport en annexe de ces informations.

Aucune de ces démarches n’a permis d’avancer une reprise de l’assiduité de l’élève.

Le chef d’établissement (NOM Prénom et signature) :

**Dossier à envoyer par courriel à : virginie.defaye@ac-lyon.fr**