*Demande de prise en charge*

**L’élève**

*Nom :* *Prénom :*

*Sexe  M - F* *Né(e) le :*

**Les détenteurs de l’autorité parentale**

|  |
| --- |
| *Situation familiale (famille monoparentale, fratrie, etc.) :* *Adresse(s) :…………………………………………………………………..……………….....................................* *N° de tél : …………………………………………………………………..………………....................................**Nom de la mère :…………………………….. Prénom : ……………………………. N° de tél (urgence):……………...**Nom du père : …………………………….. Prénom  …………………………….. N° de tél (urgence): ……………...* |

**Le parcours scolaire**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Année(s)* | *Degré* | *Etablissement scolaire, bâtiment, classe* | *Enseignant-e-s* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

**Coordonnées**

Enseignant-e-s actuel-le-s *(Nom, prénom, tél. professionnel et privé, e-mail) :*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Classe, établissement, bâtiment  (téléphone et adresse précise) :

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Référent-e du Conseil de direction *(Nom, prénom, fonction, tél., e-mail) :*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Interventions internes et externes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Mesures (PPLS, CPEA, SPJ, appuis,…)* | *Nom et Prénom des intervenants, tél et mail* | *Lieu et tél.* | *Jour et heure**Début et fin* | *Présence nécessaire à la rencontre d’admission ?* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Demande de projet MATAS élaboré, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en accord avec :**

**🞎 Parent-s 🞎 Enseignant-e-s 🞎 Référent-e du conseil de directionEvaluation diagnostique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Vivre ensemble*** | ***Difficultés*** | ***Ressources*** |
| *Respect des règles**Rapport à soi**Rapport aux autres* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Comportements scolaires*** | ***Difficultés*** | ***Ressources*** |
| *Autonomie**Participation**Ecoute**Envie d’apprendre**Sens de l’école**Organisation**Temps* *Espace**Mémoire**Concentration**Méthode de travail* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Compétences disciplinaires*** | ***Difficultés*** | ***Ressources*** |
| ***Découverte du monde****Espace –Temps* |  |  |
| ***Maîtrise de la langue****Langage oral**Lecture**Expression écrite* |  |  |
| ***Mathématiques****Numération**Problèmes**Géométrie* |  |  |

**Attentes de l’enseignant-e et de l’équipe pluridisciplinaire**

Quels sont les objectifs à travailler dans un court terme ? Dans un moyen terme ? Dans un long terme ?

Lieu, date Enseignant-e-s Référent-e direction

Par leurs signatures, les parents responsables légaux de l’enfant autorisent la transmission d’information entre les partenaires éducatifs et pédagogiques du MATAS. Ils ont pris note qu’ils participeront aux frais de prise en charge extra-scolaires, y compris le repas, à raison de 7 francs par jour de prise en charge.

Lieu, date Parent-s