

Modalités de mise en œuvre du PPS (1) en Lycée et en Unité d'Enseignement

Nom Prénom :		Année scolaire de mise en œuvre
Date de naissance:		

L'ensemble de ce document (pages 1, 2, 3) est à compléter par l'équipe pédagogique

SCOLARISATION		
Classe :		<i>Observations éventuelles:</i>
Ecole / Etablissement / Unité d'enseignement :		
Adresse :		
Téléphone / Mail :		
Directeur d'école ou Chef d'établissement :		
Enseignant de la classe ou professeur principal :		
Enseignant référent du secteur (nom - tél) :		

Accompagnement Humain	Missions spécifiques :	
<input type="checkbox"/> AVSi <input type="checkbox"/> AVSm		
<i>Nom :</i>		
<i>Si AVSi, nb d'heures au service de l'élève :</i>		
Matériel pédagogique adapté	Domaines d'utilisation :	Modalités d'utilisation :
<i>Type de matériel :</i>		
AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT (mobilier - locaux -...) :		

Emploi du temps : Temps plein Temps partiel **TEMPS DE SCOLARISATION:** heures

Dans l'emploi du temps, faire apparaître les plages suivantes: *Temps scolaires : TS* *Temps d'accompagnement humain: AH*

Prise en charge médico-sociale : MS *Prise en charge thérapeutique (professions libérales dont orthophoniste, CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de Jour...): TH*

	lundi	mardi	Mercredi	jeudi	vendredi	samedi
Matin						
Après-midi						

**Modalités de mise en œuvre du PPS sur le plan pédagogique (2)
en Lycée ou en Unité d'Enseignement**

Nom :		Prénom :		Classe :		Année scolaire :	
-------	--	----------	--	----------	--	------------------	--

Disciplines enseignées <i>(à préciser en fonction de l'élève)</i>	Acquis - Niveau atteint	Difficultés particulières ou Limitations d'activités	Compétences visées et/ou Adaptations Missions particulières de l'accompagnant humain Aménagements <i>(y compris pour les évaluations)</i>
Enseignements professionnels (dont stages)			
Compétences sociales Attitude face au travail Autonomie - Initiative			

Modalités de mise en œuvre du PPS (3)
Complément d'information :

Nom Prénom :		Date de naissance :	
--------------	--	---------------------	--

Partenaires intervenant auprès de l'enfant (<i>dont vous avez connaissance</i>) (autres que SESSAD c'est à dire : <i>Prise en charge thérapeutique (professions libérales dont orthophoniste, CAMSP, CMP, CMPP, Hôpital de Jour...)</i> ou judiciaire ou sociale) :	
<i>Nom et/ou fonction :</i>	<i>Coordonnées :</i>

Parcours de l'élève sur les 3 années antérieures :		
<i>Année :</i>	<i>Lieu – classe :</i>	<i>Suivis éventuels :</i>

<u>Commentaires éventuels :</u>

Document rédigé parle

Signatures :
Pour l'équipe pédagogique
(nom, qualité et signature)

Signature du responsable légal :