

**FEUILLE de SYNTHÈSE**

**- Premier degré -**

Réf : Circulaire n° 2015-176 du 28 octobre 2015

**Année scolaire : 20.... / 20....**

Pour être étudié par la commission, le dossier de saisine CDOEASD devra comprendre **OBLIGATOIREMENT tous les documents suivants** :  La présente demande dûment complétée  La copie du Livret Scolaire Unique (LSU)  Le bilan psychologique Psy EN EDA  Le PPRE  L'évaluation scolaire CDOEASD (dûment corrigée et complétée)  La totalité des signatures administratives

**L'extraction à partir de l'application ONDE (BE1d) de certaines informations est possible.**  
**Veillez cocher les cases indiquant les éléments joints au dossier.**

L'ÉLÈVE	
<b>Dossier concernant :</b>	
NOM : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance : .....	
Classe : .....	Etablissement scolaire fréquenté : .....
Adresse de l'établissement scolaire : .....	
Tél. de l'établissement : .....	
<b>Dossier réalisé par</b>	
Nom et prénom : ..... Qualité : .....	
Date : ...../...../.....	

REPRÉSENTANTS LÉGAUX	
Représentant légal 1 : père, mère, tuteur	Représentant légal 2 : père, mère, tuteur
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Téléphone fixe : .....	Téléphone fixe : .....
Portable : .....	Portable : .....

CURSUS SCOLAIRE		
L'élève a été scolarisé (e)	Nombre d'années	Établissement
Au cycle 1 (PS MS GS)		
Au cycle 2 (CP CE1 CE2)		
Au cycle 3 (CM1 CM2 6 <sup>ème</sup> )		
Fréquentation scolaire : Régulière <input type="checkbox"/> Irrégulière <input type="checkbox"/>		
Motifs : .....		

AIDES APPORTÉES PAR L'ÉCOLE ET PAR LA FAMILLE		
Le dossier a-t-il déjà été présenté ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Année scolaire :
L'élève bénéficie-t-il d'un PPRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Année scolaire :
L'élève bénéficie-t-il d'un PPS ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Année scolaire :
L'élève bénéficie-t-il d'une prise en charge spécialisée ou d'une rééducation : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Par quelle structure ? (CMPP, CSMI, SESSAD, Psychologue...) : .....		

### AVIS MOTIVÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je (nous) soussigné(e)(s) .....  
agissant en qualité de :

père,  mère,  responsable(s) légal(aux)

autre (préciser) .....

suis (sommes): - favorable à la proposition de pré-orientation SEGPA

- défavorable à la proposition de pré-orientation SEGPA

Si favorable, vœux pour le collège d'affectation :

Vœu 1 : .....

Vœu 2 : .....

Date : ... / ... / ...

Signature :

OBSERVATIONS.....

.....

.....

.....

### AVIS MOTIVÉ DU DIRECTEUR.RICE D'ÉCOLE

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date : ... / ... / ...

Signature :

### AVIS MOTIVÉ IEN de CIRCONSCRIPTION

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date : ... / ... / ...

Signature :

### PROPOSITION CDOEASD

- Pré-orientation SEGPA

- Scolarité ne relevant pas de la SEGPA

- Dossier ajourné

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES :

.....

.....

.....

Date : ... / ... / ...

### AVIS DAASEN

.....

.....

.....

Date : ... / ... / ...

Signature :