



FICHE DE LIAISON RACCROCHAGE SCOLAIRE

Démarche à suivre :

1. Informer les parents de votre démarche et recueillir l'accord de la famille
2. Compléter la fiche le plus précisément possible
3. Transmettre par mail cette fiche de liaison : decrochage.scolaire@mairie-compiegne.fr

Date de transmission :

ORGANISME PRESCRIPTEUR :

Éducation nationale précisé (psychologue, infirmière, cpe...)

Nom de la personne qui fait la demande : NOM Prénom

Élève concerné

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT: NOM
Prénom

DATE DE NAISSANCE: Date

SEXE DE L'ENFANT : M F

ÉCOLE : Ecole REP REP +

CLASSE DE L'ENFANT : Classe

RESPONSABLE(S) LÉGAL :

Parent 1 : NOM Prénom

Parent 2 : NOM Prénom

Adresse : Adresse

Adresse (s) mail (s) :

N° de téléphone(s) du responsable légal : Téléphone

Situation familiale :

En couple

Célibataire

Famille monoparentale

En vie maritale

Enfants au domicile scolarisés :

Nom/Prénom	Sexe	Date de naissance	École	Classe	Difficultés éventuelles
Prénom	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date	Ecole	Classe	
Prénom	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date	Ecole	Classe	
Prénom	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date	Ecole	Classe	
Prénom	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date	Ecole	Classe	

Informations

Motif(s) de l'orientation repéré (s) chez l'enfant :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Parentalité | <input type="checkbox"/> Estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Éducative | <input type="checkbox"/> Ouverture culturelle, sport et loisirs | <input type="checkbox"/> Inhibition |
| <input type="checkbox"/> Scolaire | <input type="checkbox"/> Santé / Hygiène | <input type="checkbox"/> Compréhension |
| <input type="checkbox"/> Langage / Lecture | <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Autre(s), précis |
| <input type="checkbox"/> Absentéisme | | |

Merci de nous faire part des besoins précis de l'enfant dans l'ordre de priorité au sein de la plateforme. (De 1 à 3 en ordre d'importance)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bilan Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Parentalité | |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Ouverture culturelle ou sportive | <input type="checkbox"/> Aide pédagogique |
| <input type="checkbox"/> Bilan Psychologique | <input type="checkbox"/> Stage travail sur l'estime de soi | <input type="checkbox"/> Éducateur spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Art-thérapeute | | <input type="checkbox"/> Activités extrascolaire (animations) |
| <input type="checkbox"/> Sophrologue | | Autres : |
| <input type="checkbox"/> Diététicienne | | |

L'enfant a-t-il une prise en charge spécifique Éducation nationale ? OUI/NON

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologue Scolaire | <input type="checkbox"/> Médecine ou infirmière scolaire |
| <input type="checkbox"/> APC | <input type="checkbox"/> UPEA |

Une Équipe Éducative s'est-elle réunie pour l'enfant ? OUI/NON

Inclure compte rendu de l'équipe éducative, Exposé succinct des difficultés rencontrées par l'enfant (à compléter sur la fiche de suivi)

L'enfant est-il suivi par le service de l'aide sociale à l'enfance ? OUI/NON

L'enfant est-il suivi par :

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CMP | <input type="checkbox"/> PCO |
| <input type="checkbox"/> CMPP | |

Objectifs du suivi en PRE/ fin de suivi attendu :