EVALUATION SOCIALE

Dans le cadre de la procédure d’orientation par la CDOEASD

Pour une demande de scolarisation en Internat Educatif EREA

**IEN ASH**

🕿 02 51 81 69 43

**IDENTITE DE L’ELEVE :**

NOM : ………………………………………………Prénom : ……………………………………………

Né(e) le : ……/………/…………… A : ………………………………………………………

Sexe :  M  F

**Nom de l’école / collège :**

**Ville :**

**Classe de l’élève**

[ce.0440427a@ac-nantes.fr](mailto:ce.0440427a@ac-nantes.fr)

[coordo.cdo44@ac-nantes.fr](mailto:coordo.cdo44@ac-nantes.fr)

*[actionsociale-eleves-44@ac-nantes.fr](mailto:actionsociale-eleves-44@ac-nantes.fr)*

|  |  |
| --- | --- |
| **ENQUETE REALISEE PAR :** | |
| NOM :  Prénom :  Fonction : | Adresse Administrative :  Tél. : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lieu de résidence de l’élève** :  Vit chez le responsable légal 1 | ⮚ **NOM et adresse du représentant légal 1 :**  🕾 : 02/ **portable**: 06/ | Père  Mère  Autre |
| Vit chez le responsable légal 2 | ⮚ **NOM du représentant légal 2 et adresse**  **(si différente du premier):**  🕾 : 02/ **portable :** 06/ | Père  Mère  Autre |
| En résidence alternée | **Situation Familiale** :  Mariage/PACS  Famille monoparentale  Vie maritale  Séparation   Divorce  veuf(ve)  **Autorité Parentale détenue par** :  Conjointement par les deux responsables légaux  Responsable légal 1  Responsable légal 2  Tuteur  Délégataire  A préciser… | |
| Vit dans une autre résidence | ⮚ Préciser **foyer**, **famille d’accueil…**  Adresse :  🕾 : 02/ **portable**: 06/ | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FRATRIE** | | | |
| **NOM Prénom** | **Né(e) le** | **Ecole ou Profession** | **Remarque** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1 - POSITIONNEMENT PARENTAL** :  **(**Perception qu’ont les parents des difficultés de l’enfant et de son degré d’autonomie, Quel est le souhait des parents en matière d’orientation ? (Type d’établissement, internat, …) |
|  |

|  |
| --- |
| **2 - L’ÉLÈVE** : |
| ⬩ Son histoire Familiale  ⬩ Sa place à l’école  ⬩ Son rapport à l’autre  ⬩ Son ouverture à son environnement  ⬩ Son positionnement par rapport au projet |
| **Réponses déjà apportées (pédagogiques, médico-sociales, paramédicales, psychologiques, thérapeutiques) :** |

|  |
| --- |
| **3 - ÉVALUATION PROFESSIONNELLE du TRAVAILLEUR SOCIAL** : |
|  |

|  |
| --- |
| Date : **Qualité** :  **Signature** : |

***Document à transmettre, à l’attention de Madame Gusse responsable départementale du service social en faveur des élèves :***

[***actionsociale-eleves-44@ac-nantes.fr***](mailto:actionsociale-eleves-44@ac-nantes.fr)

***Avant le 31 janvier 2025 pour tous les élèves concernés***