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

coordo.cdo44@ac-nantes.fr

*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***

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