

Merci de compléter toutes les rubriques du document

À envoyer à l'adresse : service-de-psychologie@ec44.fr

(Partie réservée au service) Reçue le :

Psy :

ÉTABLISSEMENT :

VILLE :

ENSEIGNANT/PP :

TÉL. :

ENFANT CONCERNÉ :

NOM :

Prénom :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

Classe :

Année scolaire :

RESPONSABLES LÉGAUX :

PARENT 1 :

NOM, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Mail :

PARENT 2 :

NOM, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Mail :

AUTRE :

NOM, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. :

Mail :

Situation familiale :

☐ Mariés/Pacsés

☐ Séparés

☐ Vie maritale

☐ Parent isolé

☐ Veuf/veuve

Autorité parentale :

☐ Conjointe

☐ Parent 1

☐ Parent 2

☐ Autre

Si autre, responsable légal de l'enfant :

SITUATION

• Enfant ayant déjà rencontré un psychologue de l'enseignement catholique

☐ Oui

☐ Non

• Enfant ayant déjà motivé l'intervention d'un autre service DEC

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lequel ? École inclusive, chargés de missions, protection de l'enfance...

• Frère ou sœur déjà rencontré(e)

☐ Oui

☐ Non

SUIVI(S) EXTÉRIEUR(S) (coordonnées des personnes)

	Suivi antérieur	En cours	Prévu
Orthophoniste :	☐	☐	☐
Psychomotricien :	☐	☐	☐
Psychologue :	☐	☐	☐
Bilan psychologique/neuropsychologique :	☐ Oui	☐ Non	
<i>Si oui, date :</i>			
Médecin :	☐	☐	☐
Autre (lequel ?) :	☐	☐	☐

OBSERVATIONS ACTUELLES :

- Sur le plan des apprentissages scolaires :

Niveau scolaire atteint :

Classe redoublée (le cas échéant) :

- Sur le plan comportemental :

- Vis-à-vis de ses pairs :

- Vis-à-vis des adultes :

- Autres observations :

AIDES DÉJÀ MISES EN PLACE DANS L'ÉTABLISSEMENT (Rencontre famille, PPRE, RA...)

Qu'est-ce qui vous amène à solliciter ensemble (établissement/famille) le service de psychologie ?

Est-ce qu'une orientation est questionnée par l'établissement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

• **Dossier en lien avec la MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées)

☐ ULIS école

☐ ULIS collège

☐ Établissements spécialisés
(IME, ITEP...)

☐ Service de soins
(SESSAD, SSEFIS)

☐ Autres :

☐ Orientation en SEGPA

Si oui, une démarche vers la CDO a-t-elle été envisagée en CM2 ?

Document complété lors de la rencontre du :

Signature du parent 1 :

Nom et prénom :

Signature numérique (Acrobat)

Signature du parent 2 :

Nom et prénom :

Signature numérique (Acrobat)

Signature du Chef d'Établissement :

Nom et prénom :

Signature numérique (Acrobat)

Signature de l'enseignant(e)/PP :

Nom et prénom :

Signature numérique (Acrobat)