ACADÉMIE DE NANTES
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire-Atlantique

EVALUATION SOCIALE

☐ Dans le cadre de la procédure d'orientation par la CDOEASD
☐ Pour une demande de scolarisation en Internat Educatif EREA

Circonscription
Ecole inclusive
Coordinatrice CDO
JOSSET Nadège
02 51 81 74 26
coordo.cdo44@ac-nantes.fr
actionsociale-eleves-44@ac-nantes.fr

IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : ……Prénom : ……

Né(e) le : ……/……/…… A : ……

Sexe : ☐ M ☐ F

Nom de l'école / collège : **Classe de l'élève**

Ville :

ENQUETE REALISEE PAR :	
NOM : Prénom : Fonction :	Adresse Administrative : Tél. :

Lieu de résidence de l'élève :

☐ Vit au domicile de ses 2 parents

☐ Vit au domicile du responsable légal 1

☐ Vit au domicile du responsable légal 2

☐ En résidence alternée

➢ **NOM et adresse du représentant légal 1 :**

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

☎ : **portable** :

➢ **NOM du représentant légal 2 et adresse**
(si différente du premier):

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

☎ : **portable :**

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 :

☎ : **portable** :

ACADÉMIE DE NANTES
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Loire-Atlantique

Annexe 5 : CDOEASD – Evaluation Sociale SEGPA - EREA - 2026-2027

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 ***01 février 2027*** *pour tous les élèves du* ***1er degré*** *concernés*
Avant le ***15 mars 2027*** *pour tous les élèves du* ***2nd degré*** *concernés*