

ABS-2D

Prévention de l'absentéisme et du décrochage scolaire 2nd degré

Rappel : le dossier ne sera instruit que lorsque tous les éléments indispensables seront transmis au service.

En cas de MOTIFS MEDICAUX invoqués par la famille l'attache de l'infirmière scolaire ou/et du médecin scolaire est INDISPENSABLE.

ELEVE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Garçon Fille

Elève boursier : oui non

Reconnaissance MDA : oui non (si oui, transmettre une copie du PPS et du dernier Gevasco).

ETABLISSEMENT

Etablissement :

Personne référente :

Téléphone direct :

REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ELEVE

Responsable légal 1 (père , Mère , Autre :)

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

Responsable légal 2 (père , Mère , Autre : Cliquez ici pour taper du texte.)

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

Situation des parents : Mariés, concubins, pacsés Divorcés, séparés

Domicile de l'élève : Responsable légal 1 Responsable légal 2 Autre

Foyer **Famille d'accueil** **Autre**

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

Fratrie :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de scolarisation

ABS-2D

COMMISSION EDUCATIVE le

(joindre le bilan de cette commission)

Famille présente : oui non

Engagement : famille élève

signé : oui non (joindre le document)

SUIVI EDUCATIF

La famille bénéficie t'elle d'un suivi éducatif : oui non

Nom de l'éducateur :

Service :

FICHE DE RECUEIL D'INFORMATIONS PREOCCUPANTES (FRIP)

Avez-vous rédigé une FRIP pour cet élève : oui non

En date du :

RECAPITULATIF DES ABSENCES

(fournir une extraction du logiciel de gestion des absences et la correspondance adressée à la famille)

Nombre de demi-journées :

Motifs invoqués :

CERTIFICATS MEDICAUX

La famille invoque t'elle des motifs médicaux ? oui non

Rappel textes :

Les seuls motifs **réputés légitimes** sont les suivants : maladie de l'enfant, maladie transmissible ou contagieuse d'un membre de la famille, réunion solennelle de famille, empêchement résultant de la difficulté accidentelle des communications, absence temporaire des personnes responsables lorsque les enfants les suivent. Les autres motifs sont **appréciés par l'autorité de l'Etat compétente** en matière d'éducation.

BO n°43 du 19/11/2009. Note de service du 20/09/2016.

Un certificat médical **ne peut être exigé que pour les maladies suivantes** : infections à streptocoques hémolytiques du groupe A, fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, teigne, tuberculose respiratoire, dysenterie amibienne ou bacillaire.

ABS-2D

PERSONNELS AYANT RENCONTRE L'ELEVE ET/OU LA FAMILLE

Référent décrochage scolaire

Nom, prénom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

Conseiller principal d'éducation

Nom, prénom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

Psychologue de l'éducation nationale (obligatoire à partir de la classe de 4^{ème})

Nom, prénom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

ABS-2D

ACTIONS ENGAGEES PAR L'ETABLISSEMENT

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Situation évoquée en GPDS | <input type="checkbox"/> Saisine du dispositif relais |
| <input type="checkbox"/> Contrat avec l'élève et la famille | <input type="checkbox"/> Mise en place d'un tutorat |
| <input type="checkbox"/> Aménagement de l'emploi du temps | <input type="checkbox"/> Parcours individualisé |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Nom :

Avis :

DEMANDE D'INTERVENTION DES SERVICES ACADEMIQUES

oui non

Si, oui, vous pouvez préciser :

Fait le __/__/__

Signature du chef d'établissement

ABS-2D

**Fiche à transmettre à Aurélie Sureau : aurelie.sureau@ac-nantes.fr
Conseillère technique de service social en faveur des élèves**

Nom, prénom de l'élève :

Classe :

Etablissement :

Assistant social scolaire

Nom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

Fait le __/__/____

Signature du professionnel

ABS-2D

**Fiche à transmettre à Nadège Aubert : nadege.aubert@ac-nantes.fr
Conseillère technique du service des infirmières scolaires**

Nom, prénom de l'élève :

Classe :

Etablissement :

Infirmière scolaire

Nom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

fait le __/__/____

Signature du professionnel

ABS-2D

Fiche à transmettre à Florence Arnault : florence.arnault@ac-nantes.fr
Médecin conseillère technique du service santé scolaire en faveur des élèves

Nom, prénom de l'élève :

Classe :

Etablissement :

Médecin scolaire

Nom :

Entretien : famille élève le

Honoré : oui non

Bilan de l'entretien :

Fait le __/__/__

Signature du professionnel

ABS-2D

Nom, prénom de l'élève :

Classe :

Etablissement :

Traitement par le SVEL

Dossier incomplet :

informations complémentaires de l'EPLÉ nécessaires :

Courrier de rappel des obligations scolaires aux responsables légaux

Situation présentée à la commission restreinte prévention absence et décrochage scolaire

Situation présentée au comité départemental prévention absence et décrochage scolaire

Transmission informations d'absentéisme préoccupantes à l'ASE

Autres actions engagées :

Fiche transmise le

Suivi du dossier

A transmettre maximum 1 mois après réception de cette fiche

Elève assidu

Elève absentéiste mais en progression (nouvelle saisine non nécessaire)

Elève absentéiste (nouvelle saisine avec nouveau récapitulatif des absences)

Avis du chef d'établissement :

Date :

Signature du chef d'établissement :