

**ABS-2D**

**Prévention de l'absentéisme et du décrochage scolaire 2<sup>nd</sup> 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 :

---

**Fratrerie**

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   
document)

signé : oui  non  (joindre le

---

### 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<sup>ème</sup>)

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](mailto: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](mailto: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 :