

**Elèves âgés
de 6 à 18 ans**

**Dossier individuel accompagnant
le 2nd signalement de l'absentéisme**

Année scolaire 2013-2014
DVEI

À remplir impérativement par le chef d'établissement

Identité de l'élève

NOM : Prénom :

Date de naissance : Adresse :

Établissement scolaire :

Classe : Commune :

Personne responsable de l'élève :

père mère tuteur autre

personne ayant la charge de l'enfant à la demande des : père mère tuteur autorité compétente

personne exerçant une autorité de fait sur l'enfant (à défaut des intervenants précédents)

NOM - prénom et adresse :

Téléphone :

	Année scolaire	Classe et établissement	Situations particulières
Scolarité antérieure	2012-2013		
	2011-2012		
	2010-2011		
	2009-2010		
	2008-2009		

■ **OBSERVATIONS SUR L'ÉLÈVE DANS CE PARCOURS :**

Activités et intérêts de l'élève :

Difficultés repérées :

■ **COMPORTEMENT AU SEIN DU GROUPE, DE L'ÉCOLE, DE L'ÉTABLISSEMENT :**

.....

■ **COMPTE-RENDU SUCCINT DES RENCONTRES AVEC LA FAMILLE ET L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE ET PÉDAGOGIQUE :**

.....

■ **AIDES PÉDAGOGIQUES MISES EN PLACE :**

.....

Nombre de 1/2 journées d'absences en date du :

■ COMMISSION ABSENTÉISME (2nd degré) OU RÉUNION DE L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE (1^{er} degré) :

Date de la réunion de la commission absentéisme ou de l'équipe éducative :

Parents présents

Parents absents

Une information préoccupante a-t-elle été transmise au Conseil général ?

Analyse des causes de l'absentéisme :

.....
.....
.....
.....

■ PROPOSITION(S) FAITE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT À L'ÉLÈVE ET CONCLUSIONS (vous pouvez joindre le relevé de conclusions de la commission absentéisme (2nd degré) ou de l'équipe éducative (1^{er} degré) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOM et qualité de la personne qui renseigne ce dossier :

Fait à le

Signature

À remplir par le SMIS

NOM : Prénom :

Assistante sociale

Infirmier(ère)

Médecin

Téléphone :

La famille est-elle connue du SMIS ? OUI NON

Moyens utilisés pour contacter la famille

Téléphone

Courrier

Visite à domicile

RDV dans l'établissement

Entretiens :

Famille :

OUI

NON

Elève :

OUI

NON

Partenaires extérieurs

EDAS

ASE

Justice

Services de soins

Autres

Mesures en cours :

CLE

Évaluation ASE

AEP

AEAD

AEMO

MIJE

AT-OPP

Main levée

Date : Signature :

JOINDRE : • Caractère des absences et durée / relevé des absences injustifiées,
• Bulletins scolaires,
• Tous documents utiles à l'appréciation de la situation de l'élève.