

# PROJET INDIVIDUALISE D'INTEGRATION 1<sup>er</sup> degré

A la demande de : .....

## Concernant :

L'élève :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Sexe : ..... Classe : .....

Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... ( : .....

## Et :

L'école : ..... dirigée par : .....

Adresse : .....

( : ..... Fax : ..... e-mail : .....

**Demande étudiée en équipe éducative du ...../...../.....**

## Participants

Nom Prénom	Qualité	Etablissement	Emargement

Ø **Cursus scolaire / Scolarisation antérieure de l'élève** : (préciser le nombre d'années effectuées dans chaque section)

Classe	PS	MS	GS	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Clis...
Nb d'années									

Ø **Prises en charges antérieures** : (Préciser... Nature... Modalités... Durées)

.....  
.....

SYNTHESE DE L'EQUIPE EDUCATIVE

Ò **Constat** : (Synthèse des potentialités et des difficultés)

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

Ò **Besoins en matière d'éducation spéciale** :

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

Ò **Objectifs** en termes de développement général et d'acquisitions scolaires

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

Ò **L'élève bénéficie-t-il d'un financement de matériel pédagogique adapté** : • Non • Oui

Nature du matériel : .....

.....

Ò **L'élève bénéficie-t-il de la présence d'un auxiliaire de vie scolaire** : • Non • Oui

Qualité : (emploi jeune, CES, ...) ..... Employeur : (Mairie, Associations, Ed. Nat.) : .....

Quotité hebdomadaire d'intervention de l'AVS : .....h/semaine

Modalités dominantes de l'intervention :

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

**MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

Ò **Dans l'école.**

Classe(s) d'accueil : ..... Enseignant(s) : .....

Nature et modalités dees aménagements pédagogiques prévus dans la(les) classe(s) d'accueil ou pour certains enseignements :

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

Ø **Aménagements spécifiques** : ( La réponse devra prendre en considération en terme de qualité et de modalités : les interclasses et récréations, les problèmes liés à la demi-pension, les locaux et le mobilier, les sorties pédagogiques et le personnel accompagnateur, les transports particuliers ponctuels...)

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

Ø **Réseau d'aides spécialisées** : Nature et modalités des prises en charges

.....  
 .....

Ø **Accès à l'établissement scolaire** : transport domicile ó école

Modalités : .....Durée : .....

Nom de l'entreprise de transport : ..... Tél : .....

Ø **Accompagnements spécialisés par un établissement ou service hospitalier, médical...** (H de jour, SESSAD, CAMSP, CMPP, ....) **ou libéral**

Etablissement : ..... dirigé par : .....

(ou service)

Adresse : .....

.....

tél. : ..... Fax : ..... e-mail : .....

Ø **Modalités dans l'établissement et/ou le service spécialisé ou par un professionnel paramédical.**

Prise en charge	Jour et durée	Qualité de l'intervenant

Ø **Modalités de prise en charge dans la famille ou l'environnement social** :

Préciser : lieu, nature, durée de(s) l'intervention(s) et qualité de(s) intervenant(s).

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

Ø **Déplacements** : Etablissement /Service ó Ecole et/ou Etablissement /Service ó domicile

Modalités : .....Durée : .....

Nom de l'entreprise de transport : ..... Tél : .....

**Ø Synthèse de l'emploi du temps de l'élève**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
8h30						
9h30						
10h30						
11h30						
12h30						
13h30						
14h30						
15h30						
16h30						

Temps de présence (1)	
Ets. Scolaire	Classe
	Acc.
Soins/Acc Hors Et. Scol.	
Autre(s)	
Nombres d'heures	
Classe	
Acc.	
Autre(s)	

(1) Couleur ou signe graphique différent par lieu

Acc. : Accompagnements spécialisés éducatifs, rééducatifs, thérapeutiques...

Autres : Préciser **F** famille, **ES** environnement Social : indiquer lequel

**PARTIE CONVENTIONNELLE**

**Ø Avis de la CCPE :**

Faisabilité du projet                      Oui    Non

Mesures d'éducation spéciale préconisées :

.....  
 .....

**Ø Sujet du projet :**

- Fréquence des réunions de synthèse : .....

- Nom des personnes qui assurent la coordination dans chaque établissements.

..... Tél : .....

..... Tél : .....

**Ø Conditions de validité :**

Le projet Individualisé d'Intégration n'est prévu que pour l'année scolaire en cours. Il sera :

- Réexaminé à la demande de l'une des parties prenantes dans l'éventualité de difficultés qui imposeraient son ajustement ou son ajournement.

- Complété, à la diligence du directeur de l'école d'accueil, par les conventions et agréments nécessaires pour ce qui concerne l'utilisation des locaux scolaires et l'ouverture aux intervenants extérieurs.

- Soumis à la Commission de l'Education Spéciale compétente.

**Ø Validation**

Les personnes signataires de ce projet sont d'accord sur les termes de celui-ci.

Fait à ..... le .....

Le(la) Directeur(trice) de l'école

Le responsable ou le représentant légal de l'enfant

Enseignant(e) de la (des) classes d'accueil

Le chefs d'établissement ou service de soins  
Ou intervenant du secteur libéral

L'Inspecteur de l'Education Nationale, Président de la Commission.