



DEMANDE RELATIVE A L'ELABORATION D'UN PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION (PPS)

Annexe au paragraphe F du formulaire de demande

Ce document est à renvoyer avec le **formulaire de demande** auprès de la maison des personnes handicapées (MPH).

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT			
NOM		ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE	
PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			
SEXE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
ADRESSE		CLASSE	
		TEMPS DE SCOLARISATION HEBDOMADAIRE EFFECTIF	
<p>Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'une prise en charge de type : service de soins, CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, suivi médical et paramédical, suivi éducatif ou social, soutien scolaire... ?</p> <p>Si oui, veuillez préciser laquelle et indiquer les coordonnées de l'organisme qui assure cette prise en charge :</p>			

Vous avez exprimé vos attentes et besoins dans le projet de vie du formulaire, précisez votre demande :			
<input type="checkbox"/> orientation scolaire	<input type="checkbox"/> CLIS (1)		
	<input type="checkbox"/> ULIS (2)		
	<input type="checkbox"/> EGPA (3)		
<input type="checkbox"/> orientation en établissement médico-social			
<input type="checkbox"/> accompagnement par un SESSAD			
<input type="checkbox"/> accompagnement par un AESH	<input type="checkbox"/> AESHi (4)		
	<input type="checkbox"/> AESHm (5)		
<input type="checkbox"/> matériel pédagogique adapté		Si tel est le cas, précisez la nature du matériel demandé :	
<input type="checkbox"/> transport adapté			
<input type="checkbox"/> autre demande (à préciser)			

PERE OU RESPONSABLE LEGAL		MERE OU RESPONSABLE LEGALE	
NOM ET PRENOM		NOM ET PRENOM	
DATE DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE		ADRESSE	
N° DE TELEPHONE		N° DE TELEPHONE	
FAIT LE ... / ... / ...		FAIT LE ... / ... / ...	
SIGNATURE DU PERE		SIGNATURE DE LA MERE	

(1) Classe pour l'inclusion scolaire – (2) Unité localisée pour l'inclusion scolaire – (3) Enseignement général et professionnel adapté – (4) accompagnant d'élève en situation de handicap individuel – (5) accompagnant d'élève en situation de handicap mutualisé