



DEMANDE RELATIVE A L'ÉLABORATION D'UN PROJET PERSONNALISÉ 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 | | ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ | |
|--|---|---|--|
| NOM | | | |
| PRÉNOM | | | |
| DATE DE NAISSANCE | | | |
| SEXE | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> 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> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> | | | |

| 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 : <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> transport adapté | |
| <input type="checkbox"/> autre demande (à préciser) | |

| PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL | | MÈRE OU RESPONSABLE LÉGALE | |
|---|---------------------|---|------------------------|
| NOM ET PRÉNOM | | NOM ET PRÉNOM | |
| DATE DE NAISSANCE | | DATE DE NAISSANCE | |
| ADRESSE | | ADRESSE | |
| N° DE TÉLÉPHONE | | N° DE TÉLÉPHONE | |
| FAIT LE : <input style="width: 50px;" type="text"/> | SIGNATURE DU PÈRE : | FAIT LE : <input style="width: 50px;" type="text"/> | SIGNATURE DE LA MÈRE : |

- (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