

# Programme Personnalisé de Réussite Éducative

Nom de l'école

Classe

## 1 Identification de l'élève

Nom et prénom de l'élève

Date de naissance:

**Coordonnées  
du( des )  
responsables(s)  
légal (légaux):**

Nom, prénom :

Téléphone :

Nom, prénom :

Téléphone :

## 2 Identification des besoins de l'élève

Les réussites de l'élève	
Activités suscitant de l'intérêt	
Compétences acquises	
Attitude face au travail	
Comportement à l'égard de ses pairs	
Comportement à l'égard des adultes	

Les obstacles aux apprentissages	
Activités mettant l'élève en difficulté	
Compétences de base non acquises	
Attitude face au travail	
Comportement à l'égard de ses pairs	
Comportement à l'égard des adultes	

## 3 Entretien avec l'élève

<b>1- Ce que je réussis bien</b>	<b>2- Ce qui est difficile pour moi</b>
<b>1- Ce que je vais essayer d'améliorer</b>	<b>4- Qui va pouvoir m'aider ?</b> <small>( en classe, à l'école, à la maison)</small>

### Outils d'auto-évaluation utilisés par l'élève :

- Fiche d'auto-évaluation « Mon comportement à l'école »
- Mon contrat de la semaine
- autre (à préciser)

## 4 Analyse des difficultés et adaptations proposées

CODE : J = JAMAIS ; P = PARFOIS ; S = SOUVENT

Investissement dans les activités scolaires		J	P	S	Adaptations à mettre en œuvre ( en référence à l'annexe n°3)
En situation d'apprentissage	Arrête son activité à la moindre perturbation.				
	S'oppose aux règles.				
	Provoque des perturbations: bavardages excessifs, bruit.				
	Pleure, crie.				
	Se fatigue facilement, accès de somnolence.				
	Manifeste physiquement son mal-être.				
Gestion du matériel	Manque de matériel.				
	Détruit ses productions, ses travaux.				
	Détruit le matériel de ses camarades.				
	Détruit le matériel de l'école.				
	Vole le matériel				
Relations et communication		J	P	S	Adaptations à mettre en œuvre ( en référence à l'annexe n°3)
Avec ses pairs	S'isole fréquemment.				
	Recherche des relations exclusives.				
	Ne supporte pas qu'on le touche.				
	Se sent persécuté.e.				
	Est agressif physiquement ou verbalement				
Avec les adultes	Parle à l'adulte.				
	Cherche le regard de l'adulte.				
	Recherche une relation exclusive.				
	Manifeste des sentiments excessifs.				
	Se sent persécuté.e.				
	Est agressif physiquement ou verbalement				
Pour lui ou elle-même	Auto-agression (se griffe, se scarifie...).				
	Auto-dévalorisation (se dit nul.le, dit qu'il.elle ne sait pas...).				
Phénomènes déclencheurs		J	P	S	Adaptations à mettre en œuvre ( en référence à l'annexe n°3)
Temps et lieux	Lors des temps de transition (mise en rangs, entrée en classe, interours...).				
	Avant, pendant ou après la récréation.				
	Durant la pause méridienne.				
	Lors des sorties scolaires.				
Circonstances	Une activité nouvelle.				
	Une activité ou discipline particulière.				
	Un changement d'organisation.				
	Un changement de personne (enseignant.e, autre adulte).				
Personnes	Avec un ou deux pairs en particulier.				
	Avec le et/ou les enseignant(s) de la classe.				
	Avec un.e autre adulte.				

## 5 Projet d'intervention du R.A.S.E.D

Personnel du RASED	Nom du personnel:	
	<input type="checkbox"/> Aides à dominante pédagogique (option E)	<input type="checkbox"/> Aides à dominante rééducative (option G) <input type="checkbox"/> Psychologue de l'EN
Objectifs spécifiques de l'intervention du RASED		
Echéancier de l'aide	Début de l'aide :	
	Durée prévue :	
	Jour(s) et heure(s) d'intervention :	
Mode d'intervention	<input type="checkbox"/> en classe	<input type="checkbox"/> en co-intervention individuelle
		<input type="checkbox"/> en co-intervention en petit groupe
	<input type="checkbox"/> hors de la classe	<input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
	Descriptif de l'aide :	

## 6 Protocole d'urgence en cas de crise

Les signes d'appel de la crise			
Les mesures à prendre	Pendant la crise		
	Après la crise		
Personnes référentes à contacter	<input type="checkbox"/> Parents ou responsable légaux	Nom :	Tèl :
	<input type="checkbox"/> Membre du RASED	Nom et fonction :	Tèl :
	<input type="checkbox"/> Autre	Nom et fonction :	Tèl :

## 7 Programme présenté le :

SIGNATAIRES (nom et signature obligatoire)				
L'élève	Les parents ou responsables légaux	l'enseignant (e) de la classe	Le directeur ou la directrice	Autre(s) intervenant(s) (à préciser):

## 8 Suivi du Programme Personnalisé de Réussite Éducative

Date	Personnes présentes	Commentaires et perspectives d'action

## 9 Bilan du Programme Personnalisé réalisé le :

Action(s) menée(s) sur le temps scolaire	Mode d'intervention ( fréquence, durée, lieu, aménagement....)	Acteur de l'accompagnement	Bilan évaluation

Action(s) menée(s) hors temps scolaire	Mode d'intervention ( fréquence, durée, lieu, aménagement....)	Acteur de l'accompagnement	Bilan évaluation