

**Etablissement**

Collège :

Numéro de téléphone :

Mail :

###### DEMANDE D’ADMISSION DANS LE DISPOSITIF ATELIER RELAIS

**Fiche Etablissement**

à transmettre par mail au

Dates de retour des dossiers :

Atelier relais **SANS** internat: pour le collège de MARCILLAC

Jeudi 29 septembre 2022

Session 1 (AR **AVEC** internat) : pour tous les collèges publics

Jeudi 20 octobre 2022

Session 2 (AR **AVEC** internat) : pour tous les collèges publics

Jeudi 2 février 2023

Secrétariat IEN IO

Direction des Services Départementaux

de l’Education Nationale de l’Aveyron

279 rue Pierre Carrère – CS 13117

12000 RODEZ

mail: [ia12-ienio@ac-toulouse.fr](mailto:ia12-ienio@ac-toulouse.fr)

tél.: 05 67 76 53 83

fax.: 05 67 76 53 48

accompagné des pièces suivantes:

- bulletins scolaires ou autre document utile (suivi vie scolaire…)

- fiche médicale d’urgence (document du collège)

- autorisation parentale droit à l’image (document du collège)

- attestation responsabilité civile

- attestation sécurité sociale

**Nom** :

**Prénom** :

**Date de naissance** :

**Adresse**:

**Tel** :

**Classe** :

**Externe DP 4 DP 5 Interne**

**Coordonnées du Professeur Principal pendant le séjour à l’atelier relais :**

Mail : Tél :

**PARCOURS SCOLAIRE** : (classes, établissements)

**DECRIRE ET SITUER LA NATURE DES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L’ELEVE**:

- Apprentissages:

- Comportement en classe, hors de la classe etc... :

- Absentéisme: (fréquent, rare …)

- Retard :

- Agressivité (orale, physique) :

 vis à vis des élèves :

vis à vis des adultes :

- Propositions de solutions mises en place par l’établissement

**SITUATION FAMILIALE** (lien avec les parents, conflit, appui possible)

- Difficultés décelées par la famille :

- L’élève bénéficie t-il d’une prise en charge extérieure ou un autre type de mesure est-il envisagé (ASE, MDPH, PJJ…)? Préciser la nature.

##### AVIS

**Assistante sociale : nom – prénom:**

 **PsyEN-EDO (Psychologues de l’Éducation Nationale spécialité " Éducation, Développement et conseil en Orientation scolaire et professionnelle") :** **nom – prénom :**

**Professeur principal de la classe (besoins, manques…)** :

**Médecin scolaire ou de l’infirmière** : **nom – prénom :**

**- Objectifs principaux visés pour la session d’atelier relais :**

- **Préconisations du chef d’établissement** :



Cachet de l’établissement

**DEMANDE PARENTALE D’ADMISSION**

**A**

**l’ ATELIER RELAIS**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………

(père, mère, tuteur…)

domicilié(e) ……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

sollicite l’admission à l’atelier relais de mon enfant sous réserve de l’accord de Madame la Directrice Académique des Services de l'Éducation Nationale de l'Aveyron.

Nom de l’élève : ……………………………………………………………………………………..

Prénom de l’élève : …………………………………………………………………………..………

Né(e) le : …………………………………………………………………………………………….

A…………………………………, le ……………………………………….

Signature