



**DOCUMENT PRECURSEUR DU  
PROJET PERSONNALISÉ DE  
SCOLARISATION  
(P.P.S.)**

**M.D.P.H. DU NORD.**

**COMMISSION DES  
DROITS ET DE  
L'AUTONOMIE.**

*Document établi dans l'attente d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.*

**ANNEE SCOLAIRE 20 - 20**

**NOM et Prénom de l'élève :** .....

**Né(-e) le :** ..... / ..... / ..... **à** .....

**Adresse(s) du (des) Responsable(s) Légal (aux) :** *(Indiquer pour chaque personne Nom, Prénom et Adresse )*

<b>Mme</b> .....	<b>M.</b> .....	<b>M.</b> .....
<i>(Qualité) :</i> .....	<i>(Qualité) :</i> .....	<i>(Qualité) :</i> .....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Tel :	Tel :	Tel :

**Ecole ou établissement scolaire de scolarisation.**

<b>Dénomination et adresse :</b>	..... ..... .....
<b>Directeur, Principal ou Proviseur :</b>	..... .....
<b>Téléphone, mél :</b>	☎ : ..... .....@.....

**Enseignant référent :** MARONET Jean Collège Descartes rue Herriot BP115 59373 LOOS  
Tél : 03 20 37 26 93 Mail : ens.ref.mdph.loos@orange.fr

**Circonscription IEN 1<sup>er</sup> degré :** M. HAUTECOEUR I.E.N Lille2/Loos Ecole Sand-Daudet rue Herriot BP 118 59373 LOOS  
Tél : 03 20 44 82 33

**Circonscription IEN A.S.H. :** Mme MAIFFRET D'ANFRAY I.E.N 21 rue de Linselles BP1 59117 Wervicq-Sud  
Tél 03 28 38 89 66 – Fax 03 28 38 89 67 Mail : ce.0592794s@ac-lille.fr

Il est convenu que l'élève :

**Nom et Prénom** : .....

sera scolarisé(e)  **à temps complet**

**à temps partiel** (selon l'emploi du temps précisé dans le contenu du P.P.S)

dans l'établissement scolaire **public**

**privé**

.....  
.....(dénomination et adresse)

en classe .....

**Conditions actuelles et souhaitées de scolarisation :**

<b>Accessibilité des locaux et /ou aménagement des locaux</b>		<b>Traitement médical :</b>	
<i>Conditions actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Mobilier spécifique :</b>		<b>Accompagnement par un ASEH :</b>	
<i>Conditions actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....
<b>Matériel pédagogique adapté :</b>		<b>Aménagement examens et/ ou évaluations :</b>	
<i>Conditions actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Transport :</b>		<b>Aides spécialisées :</b>	
<i>Conditions actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>Conditions nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>actuelles :</i> ..... ..... ..... ..... .....	<i>nécessaires :</i> ..... ..... ..... ..... .....

**ELEMENTS PRECURSEURS DU PRE - PROJET PERSONNALISE DE SCOLARISATION.**

Nom de l'élève :  
.....

**EMPLOI DU TEMPS**

Date de rédaction de l'emploi du temps : ...../...../.....

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
<b>MATIN</b> 8h 9h 10 h 11h 12h						
<b>MIDI</b>						
<b>APRES MIDI</b> 13 h 14h 15h 16h 17h 18h 19h						

Compléter l'emploi du temps en indiquant pour les différents créneaux horaires :  
**E** = établissement scolaire + ASEH si présence, **S** = Service de soins ou établissement sanitaire  
**A** = Autres.

**Aides déjà mises en place**

**Aides spécialisées :**

Nom du Service de soins : ..... Responsable : .....

Adresse : ..... ☎ : .....

**Aides libérales : (à préciser)**

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

**Modalités d'intervention :**

Type d'aide apportée.	Nom et prénom de l'intervenant.	Jour et horaire d'intervention.	Lieu d'intervention.
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

**Régulation des éléments précurseurs du PPS.**

Responsable, garant des éléments précurseurs du Projet Personnalisé de Scolarisation : Le directeur ou le chef de l'établissement scolaire de scolarisation:

Nom : .....

Date éventuelle envisagée de réunion de l'Equipe éducative : .././....

Date de transmission à l'enseignant référent : .././....

Signature des partenaires ayant conçu les éléments précurseurs du Projet Personnalisé de Scolarisation – Date : .././....

<b>Nom Prénom</b>	<b>Qualité</b>	<b>Signature</b>
-	<i>Elève.</i>	
-	<i>Représentants légaux de l'enfant</i>	
-	<i>Enseignant de la classe ou professeur principal</i>	
-	<i>Directeur(trice) de l'école ou chef d'établissement scolaire de scolarisation.</i>	
-	<i>Directeur du service de soins</i>	
-	<i>Médecin de santé scolaire</i>	
-	<i>Enseignant référent</i>	
- Pierre HAUTECOEUR	<i>Inspecteur de l'Éducation Nationale</i>	
-	<i>Inspecteur de l'Éducation Nationale – A.S.H.</i>	
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		