

Donnons à nos enfants toutes les chances de Réussite

Le Programme de Réussite Educative est un dispositif de prévention visant à accompagner les jeunes et leurs familles rencontrant des difficultés diverses fragilisant leur parcours scolaire.

Les éléments transmis dans le présent document seront étudiés par l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien (EPS) de votre secteur afin de vous proposer l'accompagnement le plus adapté à votre situation. Pour cela nous avons besoin que vous soyez le plus précis possible. Cette fiche est remplie avec la famille.

Cette équipe, réunissant plusieurs compétences, échange dans le respect de la confidentialité.

A l'issue de cette réunion, une fiche retour vous sera adressée par courrier pour vous informer de la préconisation des membres de l'EPS

Composition de l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien :

Compétences socio-éducatives

- Référent.e territorial.e du PRE (Ville de Roubaix)
- Poste Liaison Ecole Famille Quartier (Centre social)
- Assistant.e social.e de collège (Service social en Faveur de Elèves)
- Chef.fe de service et/ou Assistant.e social.e de secteur (Service Social de Proximité)
- Conseiller.e Principal.e d'Education (Education Nationale)
- Coordinateur.trice de Réseau d'Education Prioritaire (Education Nationale)

Compétences Médicales et para-médicales

- Médecin scolaire (Education Nationale)
- Infirmier.e scolaire (Education Nationale)
- Psychologue du PRE (Sauvegarde du Nord)
- Pôle Ressources (ex RASED, Education Nationale)

FICHE DE REUSSITE EDUCATIVE

Cadre réservé à l'administration:

Date d'entrée:

Date de sortie:

Type de suivi:

Code:

Après anonymisation, les informations recueillies feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation du Programme de Réussite Educative.

Le financement du Dispositif - auquel participe l'Etat - étant soumis à un critère géographique, les adresses des personnes accompagnées, sans aucune autre mention à caractère personnel ou nominatif, seront transmises au Préfet, représentant de l'Etat, dans le seul et unique but de veiller au respect de ce critère géographique.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Ville de Roubaix, service Action Educative. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

(Informations fournies par la famille)

ENFANT :

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Lieu :

Sexe : M / F

Adresse :

.....

.....

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM :

Prénom :

☐ Mère

☐ Père

☐ Autre (préciser)

Date de naissance :

Situation professionnelle :

Téléphone :

NOM :

Prénom :

☐ Mère

☐ Père

☐ Autre (préciser)

Date de naissance :

Situation professionnelle :

Téléphone :

Structure familiale :

☐ en couple

☐ séparé / divorcé

☐ recomposée

☐ veuve / veuf

☐ monoparentale

FRATRIE : (y inclure l'enfant concerné)

Nom - Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée ou profession

Renseignements recueillis le :

par Mme / M. :

Profession :

Adresse administrative :

.....

.....

.....

Téléphone :

Raison(s) principale(s) qui amène(nt) le repérant à rencontrer les parents pour proposer une étude de la situation en Equipe Pluridisciplinaire de Soutien ?

.....

.....

.....

QUELS SONT LES BESOINS ET ATTENTES ?

- Selon les parents:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Selon les professionnels

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Type(s) de soutien souhaité(s) ?

☐ Scolaire

☐ Social

☐ Santé / Accès au soin

☐ Autre : précisez

☐ Éducatif

☐ Psychologique

☐ Parentalité

.....

.....

SUIVIS DE L'ENFANT :

Merci de bien vouloir préciser si possible le lieu et/ou le nom de l'interlocuteur

Educatif / Scolaire	Non	En cours	Interrompu
PPRE			
Pôle Ressources (ex RASED)			
Activités culturelles et sportives (Club sportif / centre social...) Précisez :			
Si autre, précisez :			

Santé	Non	En cours	Interrompu
Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)			
MDPH			
Psychologue scolaire			
Psychologue (CMP / CMPP / libéral)			
Médecin scolaire			
Psychomotricité (CMP / CMPP / libéral)			
Orthophoniste (CMP / CMPP / libéral)			
Ergothérapie			

Social	Non	En cours	Interrompu
Accompagnement social ou médico-social mené par la MNS (ex UTPAS) (services SSP / PMI / Enfance / SPS)			
Mesure d'assistance éducative menée par la MNS (ex UTPAS) (protection de l'enfance, IEAD)			
Mesure d'Assistance éducative menée par une association (AEMO)			

ACCORD PARENTAL :

Nous soussignons, Madame, Monsieur....., acceptons que la situation de notre enfant soit évoquée dans le cadre des Equipes Pluridisciplinaires de Soutien et validons les informations données et portées ci-dessus.

Fait à le

Signature(s) :

Fiche retour Famille suite à la tenue de l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien

Date de l'EPS :

Membres présents (cochez) :

- ☐ Référént.e Territorial.e du PRE (Ville de Roubaix)
- ☐ Poste Liaison Ecole Famille Quartier (Centre social)
- ☐ Assistant.e social.e de collège (Service social en Faveur de Elèves)
- ☐ Assistant.e social.e de secteur (Service Social de Proximité)
- ☐ Conseiller.e Principal.e d'Education (Education Nationale)
- ☐ Coordinateur.trice de Réseau d'Education Prioritaire (Education Nationale)
- ☐ Médecin scolaire (Education Nationale)
- ☐ Infirmier.e scolaire (Education Nationale)
- ☐ Psychologue du PRE (Sauvegarde du Nord)
- ☐ Pôle Ressources (ex RASED, Education Nationale)
- ☐ Autre :

Prénom et NOM de l'enfant :

Âge :

Classe :

Ecole :

Soutien souhaité :

Proposition de l'EPS :

.....

.....

.....

.....

.....

L'interlocuteur désigné pour vous accompagner est,
fonction.....

Coordonnées téléphoniques :

Il / elle prendra contact avec vous par téléphone dans les jours à venir pour convenir d'un
premier entretien

Service Action Educative
10 rue du Château, Bât D de l'Hôtel de Ville
Roubaix
03.59.57.31.27

Fiche retour Repérant suite à la tenue de l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien

Date de l'EPS :

Prénom et NOM de l'enfant :

Âge :

Classe :

Ecole :

Soutien souhaité :

Proposition de l'EPS :

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

L'interlocuteur désigné pour accompagner la famille est,

Fonction.....,

Coordonnées :