

ÉVALUATION SOCIALE

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| NOM | | | | Prénom | | |
| Né(e) le | | à | | Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | |
| Nationalité | | | | Date d'arrivée en France | | |
| Adresse | | | | | | |
| Etablissement scolaire | | | | Classe | | |
| Résidence habituelle de l'enfant | | | | | | |
| Si prise en charge ASE : lieu d'accueil | | | | | | |
| Responsable de l'enfant (si autre que les parents) | | | | | | |

| RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX (Éventuellement famille d'accueil) | | | | | |
|---|--|--|-------------------|--|--|
| Situation familiale | <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Séparation <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Autre | | | | |
| Autorité parentale | <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Non renseignée | | | | |
| Mère | | | Père | | |
| NOM et Prénom | | | NOM et Prénom | | |
| Née le | | | Né le | | |
| Adresse | | | Adresse | | |
| Téléphone | | | Téléphone | | |
| Profession | | | Profession | | |
| Beau-père | | | Belle-mère | | |
| NOM et Prénom | | | NOM et Prénom | | |
| Né le | | | Née le | | |
| Adresse | | | Adresse | | |
| Téléphone | | | Téléphone | | |
| Profession | | | Profession | | |

| FRATRIE et AUTRES PERSONNES VIVANT AU DOMICILE (situer l'enfant intéressé à sa place) | | |
|---|-------------------|---------------------|
| NOM et Prénom | Date de naissance | Ecole ou profession |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PROPOSITION DE L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE, RÉUNIE LE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Apparition des premières difficultés :

Actions entreprises :

Souhaits de l'élève et avis concernant l'orientation proposée :

SITUATION FAMILIALE (Problèmes particuliers – Place de l'enfant dans la famille – Loisirs) :

| |
|--|
| INTERVENTIONS ÉDUCATIVES ou de SERVICES EXTÉRIEURS (préciser les coordonnées) |
| |

| |
|---|
| AVIS DES PARENTS CONCERNANT L'ORIENTATION PROPOSÉE |
| |

| |
|---|
| SYNTHÈSE DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS ET AVIS DE L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E) |
| |

| | |
|---|--|
| Nom de l'assistant(e) social(e) scolaire ou autre service social | |
| Adresse | |
| | |
| | |
| Téléphone | |

Cachet du Service,

Fait à,
le

Signature,