DEMANDE D’AIDE

**RASED DE LA CIRCONSCRIPTION DE BESANCON Secteur de**

**NB : Ce formulaire est confidentiel -** Date de la demande :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Psychologue scolaire :  | Nom prénom | Téléphone :Courriel : |
| Enseignant spécialisé E : | Nom prénom | Téléphone :Courriel : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enseignant** | **Elève** |
| Nom prénom : | Nom : Prénom: |
| Ecole : | Date de naissance : |
| Classe : | Garçon □ Fille □ |
|  | Adresse des parents : |
|  | Téléphone : |

|  |
| --- |
| CURSUS SCOLAIRE si connu |
| Age  | 3 ans | 4 ans | 5 ans | 6 ans | 7 ans | 8 ans | 9 ans | 10 ans | 11 ans | 12 ans |
| classes |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ecole(s) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Qu’est-ce qui vous incite à faire appel au RASED pour cet élève ? *( à formuler avec précision, en distinguant ce qui concerne le comportement et les attitudes à l’école et ce qui relève des compétences et connaissances scolaires)*
* Qu’avez-vous mis en place dans la classe (ou dans l’école) pour tenter d’aider l’élève ?
* Quels effets cela a-t-il donné ?
* Quels sont les points forts de l’enfant ?
* Prise en charge extérieure éventuelle :
* Entretien avec la famille le :
* Avis et réaction des parents à l’annonce de la difficulté de leur enfant ?
* Qu’attendez-vous du RASED ?