



CIRCONSCRIPTION de SOISSONS CENTRE

Programme personnalisé de réussite éducative

Nom de l'élève :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Classe :

Année scolaire :|.....

Noms, prénoms et numéro de téléphone des responsables légaux :

Parent 1 :

.....
.....

Parent 2 :

.....
.....

Ecole

Nom de l'enseignant(e) :

PROGRAMME PERSONNALISE DE REUSSITE EDUCATIVE

Parcours scolaire

Année scolaire	Classe Ecole Si changement	A.P.C.	P.P.R.E.	Aide E	Aide G	Psychologue scolaire	P.P.S. (si dossier MDPH)	Suivi extérieur à préciser (ortho CMP, SESSAD ..)	P.A.I. (si problème médical)
/									
n-1									
n-2									
n-3									
n-4									
n-5									
n-6									
n-7									
n-8									

Diagnostic : observation et évaluation de l'enseignant (e) de classe

Réussites :

Difficultés :

Attitudes face aux apprentissages / comportement / rapport aux autres :

Actions à mettre en place :

Dans la classe :

o Différenciation (contenu, quantité, temps donné ...)

o Adaptation

o Autre (tutorat, matériel, manipulation, espace de travail différent,)

Dans le cycle ou l'école :

o Décloisonnement ou groupe de niveaux : o NON o OUI (Si oui, précisez) :

Aide spécialisée RASED demandée :

(Dans ce cas, envoyez ce même PPRE par courriel à l'inspection en précisant option E ou G)

O RASED option E :

O RASED option G :

Aide(s) extérieure(s) à solliciter :

Compétences prioritaires à travailler :

-

-

-

BILANS

Date :

Progrès constatés :

Compétences ou axes de progrès éventuels à poursuivre :

Contrat école famille élève

ENTRETIEN AVEC LES PARENTS

Date :

ENTRETIEN AVEC L'ELEVE

Date :

Points positifs

Difficultés

« Je vais essayer de :

-
-
-

SIGNATURES :

Elève

Parents :

Enseignant(e)(s) :

RASED :

Directeur :