

# PROGRAMME PERSONNALISE DE REUSSITE EDUCATIVE<sup>1</sup>

**Année scolaire :**

## 1 / L'ELEVE

**NOM :**

CURSUS SCOLAIRE		
Année	Classe	Ecole

**Prénom :**

**Née le :**

Date du conseil de cycle : .../.../20	
Elève connu du RASED :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Nature et fréquence de ce(s) suivi(s) :	
Dispositif de suivi extérieur à l'école :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui, nature et fréquence de ce(s) suivi(s) :	
Rédaction d'un PAI <sup>2</sup> (élève dyslexique):	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Elève bénéficiant de FLE <sup>3</sup> :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui, fréquence de ce suivi :	

## 2/L'ECOLE

**Circonscription :**

**Nom de l'école :**

**Nom de l'enseignant :**

## 3/ CONSTATS DE L'EQUIPE ENSEIGNANTE

SUITE AUX EVALUATIONS PERIODIQUES		
	Difficultés	Réussites
Français		
Mathématiques		
Autonomie et Initiative		
Autres domaines		
<b>RÉPONSE APPORTÉE EN CONSEIL DE CYCLE AVEC LE CORRESPONDANT DU RESEAU D'AIDES SPECIALISEES (le cas échéant)</b>		
- Différenciation dans la classe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- APC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- Stage de remise à niveau	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- Demande d'intervention RASED	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- Saisine de la CDOEASD <sup>5</sup> effective	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	envisagée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<sup>1</sup> Le document P.P.R.E. est à insérer dans le livret scolaire de l'élève.

<sup>2</sup> PAI : Projet d'accueil individualisé

<sup>3</sup> FLE : français langue étrangère.

<sup>5</sup> CDOEASD : commission départementale d'orientation vers les enseignements adaptés du second degré.

**4/ ANALYSE DE LA SITUATION SCOLAIRE : ENTRETIEN AVEC LA FAMILLE ET L'ENFANT**

**Date :**

<b>ACQUISITIONS et POINTS FORTS</b>	<i><u>Du point de vue de la famille et de l'enfant s'il est présent</u></i>	
<b>PRINCIPALES DIFFICULTES</b>	<i><u>Du point de vue de la famille et de l'enfant s'il est présent</u></i>	

**5/ CONTRACTUALISATION DU PROGRAMME D'ACTION DU P.P.R.E.**

Rédacteurs du P.P.R.E. (nom et fonction)	
Directeur de l'école, coordinateur du P.P.R.E.	
Partenaire(s) éventuel(s)	
<i>Temps scolaire :</i> <i>Signature :</i>	<i>Hors temps scolaire :</i> <i>Signature :</i>
Commentaires, souhaits de la famille :	
Date :	
Signature(s) Directeur (trice), Enseignant(s)	Signature(s) Parent(s) de l'élève

**6/ BILAN ET PERSPECTIVES DU P.P.R.E.**

<b>Bilan du P.P.R.E. et perspectives</b> Progrès réalisés :   Difficultés persistantes :   Avis de la famille :   Perspectives : <input type="checkbox"/> Arrêt de l'aide <input type="checkbox"/> Poursuite de l'aide et nouveau programme d'action <input type="checkbox"/> Changement de l'aide et nouveau programme d'action <input type="checkbox"/> Equipe éducative	Date :
--	--------

NOM de l'élève : .....

PROGRAMME D'ACTION N°.....

Date : du.....au.....

Modalités de prise en charge			Compétences visées	Evaluation
Temps scolaire	24 heures	Classe	<input type="checkbox"/> Différenciation	
		Ecole	<input type="checkbox"/> RASED	
		Aide extérieure	.....	
	1h maximum	Ecole	<input type="checkbox"/> APC	
Hors temps scolaire	Ecole	<input type="checkbox"/> Stage de remise à niveau (CM1 – CM2)		
	Aide extérieure	.....		

**Emploi du temps hebdomadaire des aides (préciser les horaires)**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Avant la classe					
Matin temps scolaire					
Pause méridienne					
Après midi temps scolaire					
Après la classe					