|  |  |
| --- | --- |
| Inspection de l’Education Nationale  Circonscription de Thonon  6 av St François de Sales  74200 Thonon-les-Bains  04.50.71.27.92 | **Programme personnalisé de réussite éducative**  **( P P R E)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM : | Prénom : | Date de naissance : |
| Ecole : | Classe : | Enseignant(s) : |
| Date de l’établissement du PPRE : | | |

**ANALYSE DES BESOINS DE L’ELEVE (en référence aux compétences du socle commun)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Point(s) d’appui de l’élève :** | |
|  | |
| **Compétence(s) prioritaire(s) à travailler :** | |
| **C1** |  |
| **C2** |  |
| **C3** |  |
| **C4** |  |
| **C5** |  |

**AIDES APPORTEES DANS L’ECOLE**

| **TYPES D’AIDE** | | | | **COMPETENCES TRAVAILLEES ET MODALITES DE MISE EN OEUVRE (différenciation, tutorat, groupes de besoin….)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classe** | **APC** | **RASED** | **Stage** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**AIDES APPORTEES A L’EXTERIEUR DE L’ECOLE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Orthophonie |  | CMP |  | Psychomotricité |
|  | Hôpital de jour |  | Kinésithérapie |  | CMPP |
|  | Accompagnement éducatif |  | Accompagnement à la scolarité |  | Pas d’aide spécifique |
|  | Autre : …………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |

**EVALUATION en référence aux compétences prioritaires à travailler (C1, C2, C3 etc…)**

| **Compétences** | **Validation (date)** | **Difficultés persistantes et remarques** | **Avis de l’élève** |
| --- | --- | --- | --- |
| C1 |  |  |  |
| C2 |  |  |  |
| C3 |  |  |  |
| C4 |  |  |  |
| C5 |  |  |  |

**SIGNATURES**

**Enseignant Directeur Elève Parents**