*MULTISITE : Ecoles de Bodilis, Plougar, Plougourvest et Saint-Derrien*

*Mail :* *lionel.cornou@enseignement-catholique.bzh* *tél : o6.88.92.35.21*

*Objet : fiche de suivi des élèves pris en charge à l’extérieur de l’école*

*Nom :*  *Prénom : Classe :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spécialistes** | **Nom** | **Structures (CMPP, CMPI, SESSAD, Hôpital de jour) ou libéral** | **téléphone** | **Modalité de la prise en charge** |
| **Sur** **temps** **péri-scolaire** | **Sur temps scolaire** |
| **Jour de la semaine** | **Horaires du départ et du retour à l’école** | **Personne qui prend l’enfant à l’école** | **Personne qui ramène l’enfant à l’école** |
| Médecin référent(e) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédopsychiatre |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Orthophoniste |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychomotricien(ne) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ergothérapeuthe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Educateur(trice) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Autorisation :** M/Mme ……………………………………………………………… autorise(nt) l’équipe enseignante à prendre contact avec les intervenants extérieurs suivants : …………………………………………………………………………………………………………...... pour échanger au sujet de leur enfant …………………………………………………………………

A ……………………………………………………… le ……………………………………. Signature(s)