



CONTROLE DE L'OBLIGATION SCOLAIRE 1^{er} degré

Dossier à envoyer en double exemplaire

N° de Dossier I.A. _ _ _ _ _

N° à rappeler impérativement

Division des élèves et de la scolarité

DESCO / B - Laurence EUDE

☎ 02.32.08.98.90

☎ 02.32.08.98.84

NOM et adresse de l'école : _____

DOSSIER INDIVIDUEL DE SUIVI DE L'ABSENTÉISME

NOM et Prénom de l'élève _____

Sexe : ☐ garçon ☐ fille

Date et lieu de naissance : _____

Classe : _____ Redoublant : ☐ oui ☐ non

Dernier établissement fréquenté : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Profession : _____

Autorité parentale conjointe (En cas de divorce ou de séparation) ☐ oui ☐ non

NOM de la personne ayant la responsabilité de l'élève : _____

Résidence habituelle de l'élève : _____

Suivi éducatif et / ou social hors Education Nationale ☐ oui ☐ non

Si oui, indiquer les coordonnées : _____

NOMBRE de demi-journées d'absences par mois

Septembre : _____ Février : _____

Octobre : _____ Mars : _____

Novembre : _____ Avril : _____

Décembre : _____ Mai : _____

Janvier : _____ Juin : _____

RELEVÉ DES ABSENCES NON REGULARISÉES

Joindre le relevé des absences de l'élève et préciser les motifs invoqués par la famille.

Ce relevé doit notifier **le nombre total de demi-journées d'absences** et être **le plus récent possible** par rapport à la date d'envoi du dossier à l'Inspection Académique.

<u>DIFFICULTÉS REPÉRÉES</u>	<u>DÉMARCHES ADMINISTRATIVES</u>
☐ Problème scolaire ☐ Problème de comportement ☐ Problème familial ou social ☐ Problème de santé ☐ Autres : _____	<u>Contacts téléphoniques :</u> ☐ Oui ☐ Non <u>Entretiens avec l'élève et/ ou la famille :</u> ☐ Oui ☐ Non <u>Lettres envoyées à la famille :</u> ☐ Oui ☐ Non <u>En cas d'impossibilité à joindre la famille, veuillez préciser les démarches que vous avez entreprises :</u>

AVIS MOTIVÉS

Absentéisme connu depuis le _____

** possibilité d'envoi sous pli cacheté si confidentialité.*

Psychologue scolaire *

Nom :Date et Signature :

Membre du RASED *

Nom :Date et Signature :

Infirmière scolaire *

Nom :Date et Signature :

Médecin scolaire *

Nom :Date et Signature :

Assistant(e) social(e) de secteur (si elle connaît la famille) *

Nom :Date et Signature :

AVIS DE LA COMMISSION ÉDUCATIVE

PROPOSITION DU DIRECTEUR D'ÉCOLE À L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE REPRESENTANT L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE

- ☐ Rappel à la loi (effectué par l'IEN)
- ☐ Avertissement unique et Rencontre de la famille
- ☐ Demande d'évaluation sociale auprès du Conseil Général
- ☐ Contrat de responsabilité parentale (mis en place par le Conseil Général)
- ☐ Suspension des allocations familiales (2^d signalement envoyé à l'IA)
- ☐ Suppression des allocations familiales (3^{ème} signalement envoyé à l'IA)
- ☐ Signalement au Procureur
- ☐ Autres : _____

Date Nom du Directeur de l'école
Signature

PROPOSITION DE L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE À L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE

Convocation de la famille : (1^{er} signalement envoyé à l'IA)

Date : Horaire Lieu du rendez-vous.....

Suspension des allocations familiales : (2^d signalement envoyé à l'IA)

☐ OUI ☐ NON

Suppression des allocations familiales : (3^{ème} signalement envoyé à l'IA)

☐ OUI ☐ NON

Circonscription de Nom de l'IEN

Date..... Signature