**Fiche de positionnement de l’élève**

Attestation relative aux participants accompagnés dans le cadre de l’OS4.6 – Décrochage scolaire du Programme régional d’Île-de-France 2021-2027

Document à renseigner et authentifier obligatoirement pour chaque participant pour lequel l’utilisation d’un barème standard de coût unitaire est prévue au titre du paiement FSE+.

Numéro de l’opération Synergie :

Intitulé de l’opération :

Porteur du projet[[1]](#footnote-1) :

Organisme prescripteur[[2]](#footnote-2) :

Structure accompagnatrice[[3]](#footnote-3) :

Nom et prénom de l’élève :

Numéro Id du participant :

Je soussigné·e

en qualité représentant·e légal·e de l’organisme porteur de projet ou prescripteur :

,

propose que l’élève ,

né·e le Cliquez pour entrer une date.,

établissement et classe

puisse bénéficier d’un accompagnement proposé par la structure accompagnatrice

dans le cadre de la présente opération, et certifie sur l’honneur les informations suivantes relatives à cet élève :

**Situation et raison de la prise en charge de l’élève** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Degré de difficulté rencontrée**  *(0 à 3, 3 étant particulièrement impacté)* | **Explication**: éléments motivants la demande de prise en charge et éventuels antécédents de l’élève  *(ne pas remplir si degré = 0)* |
| Présence de handicap (physique, psychologique) |  |  |
| Maitrise de la langue française | 3 | *Allophone car nouvel arrivant, les parents ne parlent pas non plus le français* |
| Apprentissage ou résultats scolaires |  |  |
| Comportement |  |  |
| Absentéisme |  |  |
| Exclusion |  |  |
| Climat de la classe ou environnement général |  |  |
| Environnement externe ou familial |  |  |
| Autres signes d’abandon scolaire |  |  |

**L’opération vise l’action suivante** (type de barème standard de coût unitaire associé) :

Accompagnement ponctuel

Accompagnement individualisé/ renforcé

Classe renforcée

**Date d’admission dans l’opération** : Cliquez pour entrer une date.

**Date prévisionnelle de sortie** : Cliquez pour entrer une date.

**Durée prévisionnelle de l’accompagnement** :

*(veuillez préciser l’unité ; nombre de jours, d’heures…)*

**Détails de la prise en charge[[4]](#footnote-4)** :

**Objectif poursuivis** :

|  |  |
| --- | --- |
| Objectifs / Axes de travail (ex. : assiduité, etc.) | Résultats attendus |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Fait à , le

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du responsable et cachet de l’organisme prescripteur | Signature du responsable et cachet de la structure d’accueil ou accompagnatrice |
| |  | | --- | |  | | |  | | --- | |  | |

1. Responsable administratif et financier [↑](#footnote-ref-1)
2. Organisme à l’origine de l’orientation du participant vers le dispositif : établissement scolaire de rattachement, services du rectorat, ou mission locale… [↑](#footnote-ref-2)
3. Structure qui réalise l’accompagnement (peut-être l’établissement de rattachement lui-même, le porteur de projet ou un de ses prestataires) [↑](#footnote-ref-3)
4. Cohérence entre les besoins du participant et projet qu’il intègre et principales activités déployés (notamment si plusieurs prises en charge) [↑](#footnote-ref-4)