**COMMISSION DEPARTEMENTALE ABSENTEISME SCOLAIRE**

**SUIVI SOCIAL ET EDUCATIF DE L ELEVE**

**TRANSMIS :** ❑**par mail :** [sylvie.chifflot@ac-nice.fr](mailto:sylvie.chifflot@ac-nice.fr)❑**sous pli confidentiel à Mme CHIFFLOT CTASS D**

**NOM,Prénom** de l’élève : Age :

**Etablissement scolaire** : Classe :

**Antériorité de l’absentéisme**(Si connue du service)**:** ❑Année N-1  ❑Année N-2  ❑Année N-3

Commission départementale saisie antérieurement ❑OUI ❑NON

**Absentéisme année en cours** : ❑Perlé  ❑Partiel  ❑Massif 

**Facteurs identifiés du décrochage scolaire :**

❑Difficultés scolaires : ❑Orientations refusées ou par défaut :

❑Ruptures parcours scolaires : ❑ Harcèlement :❑Autre :

**Facteurs Personnels et familiaux identifiés du décrochage**(expliquer succinctement)

❑Evènements familiaux :

❑Santé/handicap :

❑Difficultés éducatives parentales**:**

**Actions de l’Assistant de service socialannée scolaire en cours**(détailler)

❑Rencontres avec l’élève (dates, accompagnement social, actions avec les partenaires internes et extérieurs)**:-**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

❑Rencontres des parents (dates, VAD, accompagnement social, propositions éducatives) :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Protection de l’enfance :**

❑Ecrit transmis par l’AS durant l’année en cours :

* + - Au CD (préciser la demande) :
    - Judiciaire (préciser si mesure ou placement) :

❑Mesure éducative (type de mesure, l’association mandatée, durée de la mesure) :  -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

❑Partenariat et projet scolaire envisagé avec le référent en charge de la mesure : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**Les attentes de l’ASS auprès de la commission départementale** : --------------------------------------------------------------------

Date : Nom Prénom de l’Assistant de Service Social :

Si situation déjà prise en charge au cours des années antérieures, petit bilan exhaustif souhaité au verso.