**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 social année 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.