|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| marianne-56a5f.jpg |  | **Circonscription** **de****BOULOGNE-SUR-MER 1** | **Programme Personnalisé** **de Réussite Educative****P.P.R.E.(Partie 2)** |
| Ecole |  | Enseignant |  | Classe |  | Date |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’élève |  | Date de naissance |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse et téléphone de la famille |  |

**AIDE DANS LA CLASSE** (présentation et analyse par l’enseignant)

*Objectif spécifique à atteindre*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités (durée, calendrier, fréquence) et organisations pédagogiques privilégiées (différenciation, individualisation, tutorat…)*

|  |
| --- |
|  |

**AIDE DANS L’ECOLE : APC, DISPOSITIF SPECIFIQUE…**  (formalisation par le conseil de cycle ou le conseil de maîtres)

*Objectif spécifique à atteindre*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités (durée, calendrier, fréquence)*

|  |
| --- |
|  |

*Responsable(s) de l’aide et/ou Enseignant(s) concerné(s)*

|  |
| --- |
|  |

**AIDE A LA MAISON**

*Type d’aide*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités (durée, calendrier, fréquence)*

|  |
| --- |
|  |

*Responsable(s) de l’aide*

|  |
| --- |
|  |

**AIDE EXTERIEURE A L’ECOLE**

*Type d’aide*

|  |
| --- |
|  |

*Modalités (durée, calendrier, fréquence)*

|  |
| --- |
|  |

*Responsable(s) de l’aide*

|  |
| --- |
|  |

**EMPLOI DU TEMPS DES AIDES MISES EN PLACE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LUNDI** | **MARDI** | **JEUDI** | **VENDREDI** |
| *Matin* | *Matin* | *Matin* | *Matin* |
|  |  |  |  |
| *Après-midi* | *Après-midi* | *Après-midi* | *Après-midi* |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MERCREDI** |  |

**REGULATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Conseil de cycle |  | Conseil de maîtres |  | Equipe éducative |  | Autres |  |

**DATE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date |  | Prochaines réunions de synthèse prévues |  |

**SIGNATAIRES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le Directeur | L’Enseignant | Les Parents | L’Elève (éventuellement) |
|  |  |  |  |

**EVALUATION DU DISPOSITIF**

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les objectifs ont-ils été atteints ? | OUI |  | NON |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poursuite du dispositif | OUI |  | NON |  |

**SOLLICITATION DU POLE RESSOURCE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |