|  |
| --- |
| **Protocole fixant les modalités et les limites des**  **AMENAGEMENTS RAISONNABLES**  **(adapté pour les maternelles)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : |  | Par : | |  | Parents |  | CPMS | |  | Direction |
|  | | | |  | Conseil de classe | |  | Autre(s) : ……………………………..…… | | |
| Nom de l’établissement :  Direction : | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

1. **Identification de l’élève**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom : |  | | Date de naissance : |  |
| Niveau d’étude : | Maternelle | Année de l’étude : |  | |

1. **Identification des parents/tuteur légal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom : |  | Téléphone : |  |
| Rue et numéro : |  | CP : |  |
| Adresse mail : |  | Localité : |  |

1. **Besoin(s) spécifique(s) reconnu(s) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Difficulté/trouble | Date de diagnostic | Nom et profession du médecin/thérapeute |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Dispositif de différenciation :**

|  |
| --- |
| *Dès lors que le programme est adapté/revu, merci de préciser les changements par rapport au* ***programme*** *de l’année dans laquelle l’enfant est inscrit (ex : compter, reconnaitre et représenter les nombres jusqu’à 3 alors que niveau attendu est de 9)* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **AR mise en place en classe** (liste non-exhaustive)

|  |  |
| --- | --- |
| **Types d’aménagements** | |
| ***Adaptations*** | |
|  | Diminuer les manipulations motrices |
|  | Instaurer des repères visuospatiaux (couleurs, pictos,…) |
|  | Proposer des supports de compensation adaptés (visuels) |
|  | Proposer des repères visuels individualisés |
|  | Proposer des routines individualisées |
|  | Mettre en place un système de planning, calendrier, … |
|  | Instaurer un coin « soupape » (isolement, autonomie, réflexion,…) |
|  | Adapter l’espace |
|  | Diminution des stimuli sensoriels |
|  | Mise en place de renforçateurs |
|  | Séquencer les consignes |
|  | Faire reformuler l’enfant |
|  | Expliciter les consignes et informations données |
| ***Matériel*** | |
|  | Time Timer ou sablier |
|  | Outils adaptés (manchons, ciseaux adaptés,…) |
|  | Boite de retour au calme |
|  | Outils de dépassement, d’autonomie |
|  | Outils de gestion des émotions, des conflits, de régulation du comportement |
|  | Outils de mise au travail |
|  | Supports aux habiletés sociales |
|  | Supports visuels pour le langage oral |
|  | Supports à la compréhension de consignes et à la mémorisation |
|  | Assises adaptées : Tabouret Tilo, coussins,… |
|  | Casque antibruit ou bouchons d’oreilles |
|  | Chuchoteur |
|  | Isoloir, cabane, … |
|  | Bâton ou objet pour donner la parole |
| ***Aide*** | |
|  | Accompagnement spécifique |
|  | Parrainage pertinent |
|  | Tiers aidant |
| ***Exigences adaptées*** | |
|  | Adapter les vêtements et exigences vestimentaires |
|  | Permettre le retrait sensoriel |
|  | Exigences réduites quant à la participation aux activités |
|  | Adapter les objectifs de matières |
|  | Permettre des siestes supplémentaires et/ou autoriser de ne pas faire de siestes |
|  | Laisser du temps à l’enfant pour formuler |
|  | Accorder du temps supplémentaire pour réaliser des tâches/activités |
|  | Prioriser les objectifs principaux |
|  | Diminution des exigences par rapport à la propreté |
| ***Outils de communication alternatifs*** | |
|  | Carnet de communication papier (PECS, PODD,…) |
|  | TLA (tableau de langage assisté) |
|  | Outils robustes de communication (tablette,…) |
|  | Sesame/Coghamo |

1. **Limites des AR (cocher les propositions adéquates) :**

|  |
| --- |
| Il n’est pas toujours possible d’avoir un tiers aidant.  Les AR sont réalisés dans les limites techniques du moment (panne , locaux, matériel,…)  L’enfant refuse les AR proposés.  Temps supplémentaire octroyé en respectant les temps de pause dont l’enfant a besoin.  Autres limites : |

1. **Accord de partenariat (à cocher si partenariat) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Parents** | **Paramédical** |
| Personne de contact |  |  |
| Mail |  |  |
| Téléphone (facultatif) |  |  |
| En quoi nous engageons-nous ? | Fournir le matériel nécessaire  Assurer le suivi à domicile | Fournir les outils utilisés en séances  Communiquer les bilans (si accord parental) |
|  | **CPMS** | **PtARI** |
| Personne de contact |  |  |
| Mail |  |  |
| Téléphone (facultatif) |  |  |
| En quoi nous engageons-nous ? | Faire le lien entre les intervenants  Assurer le suivi des nouveaux bilans | Accompagner l’école et l’enfant dans la mise en place des AR |

1. **Signatures pour accord**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parent(s) / Tuteur légal : |  | Direction : |
|  |  |  |

1. **Transmission des informations**

|  |  |
| --- | --- |
| Les informations ont été transmises au CPMS le : |  |
| Diffusion de l’information au conseil de classe le : |  |
| Dates de rencontre prévues pour l’évaluation des AR : |  |

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires en vue d’une demande d’intervention du PtARI BW** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formulaire complété le |  | Par : |  |
| Nom de l’enseignant.e |  | | |
| **Préférence de contact pour prévoir la première visite :** | | | |
| Email |  | | |
| Téléphone |  | | |

1. **Informations supplémentaires sur l’élève**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Langue maternelle |  | Latéralité | Droite | Gauche | Non définie |

1. **Parcours scolaire de l’élève**

L’enfant a-t-il changé d’école pendant son parcours ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

1. **Difficultés rencontrées par l’enfant :**

Comportement et organisation (*merci de cocher également les nuances qui concernent l’élève)*

Attention/Concentration déficitaire **Quand ?**  activité trop longue  quand il ne comprend pas

Agitation/impulsivité. **Quand ?**  activité trop longue  quand il ne comprend pas  lors des évaluations  pour répondre et participer.

Extrême lenteur : **A quel moment ?**..........................................................................................

Se décourage et/ou pleure à cause du stress ou de son impuissance face à un travail demandé.

Subit les moqueries des autres enfants, personne ne le veut pour les travaux de groupe.

Entre en conflit régulièrement avec les autres enfants.

Difficulté à gérer ses émotions.

Comportement de l’enfant :  enfant qui se fait oublier  qui prend trop de place

Relations conflictuelles avec l’adulte :  impertinence  peu de respect, …

Désordre important  Oublis fréquents  Matériel perdu

Autre/ précisions : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dans les apprentissages : *merci de cocher les nuances qui concernent l’élève*

Expression orale :  articulation  vocabulaire  syntaxe  compréhension

Psychomotricité :  graphisme  coloriage  dextérité manuelle

Problèmes praxiques :  habillement  manipulation des outils

Mathématiques :  dénombrement  espace  litanie  Reconnaissance des chiffres

Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Le titulaire peut (si lui ou elle le désire) expliquer avec précision les difficultés rencontrées (n’hésitez pas à joindre des documents qui illustrent vos propos) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Suivi extérieur de l’enfant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Coordonnées** |
| Un professeur particulier |  |  |
| Neuropédiatre |  |  |
| Neuropsychologue |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |
| Psychomotricien |  |  |
| Logopède |  |  |
| Psychologue |  |  |
| Autre |  |  |

1. **Quelles sont précisément vos attentes quant à notre intervention (nous essayerons d'y répondre en fonction des moyens disponibles) ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………