



## FICHE DE LIAISON

Le **P**rogramme de **R**éussite **E**ducative s'adresse aux enfants âgés de 2 à 16 ans du territoire de la Communauté de Communes EBER présentant des signes de fragilité. Cette fiche permet d'appréhender la situation et de déterminer si elle relève des champs d'intervention du dispositif. L'entrée dans le dispositif est validée par l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien.



### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance / âge : .....

Etablissement fréquenté : .....

Classe : .....  Première demande  Renouvellement



### L'ACTEUR REPERANT *ayant rempli la fiche avec la famille*

Structure/établissement : .....

Nom/Prénom du professionnel à contacter : .....

En qualité de : .....

Si vous êtes enseignant(e) la fiche navette de l'éducation nationale a-t-elle été remplie ? :

Oui

Non

Adresse : .....

Téléphone / Mail : .....

Créneaux horaires et modalités pour vous recontacter : .....

Fait le : .... / .... / .....



### FICHE DE LIAISON A TRANSMETTRE A :

M. Jérémy BURGIO – Coordinateur PRE

9 rue du 19 Mars 1962 38550 St Maurice l'Exil

06.30.62.17.02

[reussiteeducative@entre-bievretrhone.fr](mailto:reussiteeducative@entre-bievretrhone.fr)

→ Si votre demande rentre dans le cadre du PRE, une référente prendra contact directement avec la famille dans les meilleurs délais.

→ Si votre demande ne rentre pas dans le cadre du dispositif, le coordinateur prendra contact avec l'acteur repérant pour réorienter la demande.

## LA FAMILLE

Vous avez sollicité directement ou vous avez été accompagné par un acteur repérant vers le PRE.

Les objectifs du dispositif sont les suivants :

- Rendre effective l'égalité des chances
- Favoriser l'épanouissement global
- Soutenir et valoriser les familles dans leur rôle éducatif

L'équipe du PRE vous accompagne avec bienveillance, objectivité, attention dans la construction d'un parcours personnalisé et adapté à votre enfant. Pour cela, il s'entoure d'une Equipe Pluridisciplinaire de Soutien (EPS) composée d'acteurs de terrain. Toutes les informations transmises et partagées sont soumises à un cadre déontologique et de confidentialité. Le PRE est un dispositif complémentaire, il ne remplace pas les dispositifs existants. Il intervient lors de l'identification d'un domaine de fragilité.

Votre consentement est **libre** et **éclairé**. Vous pouvez arrêter l'accompagnement à tout moment.

	Parent 1 <input type="checkbox"/> Autorité parentale	Parent 2 <input type="checkbox"/> Autorité parentale	Autre responsable légal (préciser le lien avec l'enfant)
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Téléphone</b>			
<b>Mail</b>			

Langue pratiquée au quotidien par la famille (si autre que le français) : .....

Besoin d'interprète :  OUI  NON



Créneaux favorables pour vous recontacter ou fixer un rendez-vous :

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 12h et 14h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après 17h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez)	.....	.....	.....	.....	.....



Je soussigné(e) : ....., autorise :

- Le coordinateur à étudier la demande d'accompagnement et informer toute personne détenant l'autorité parentale.
- La référente de parcours à nous solliciter ainsi que les autres partenaires nécessaires à la connaissance de notre enfant et de notre famille,
- L'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien à évoquer notre situation et garantir la confidentialité des informations transmises.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :

**1. Identification du ou des domaines de fragilités rencontrés :**



**SCOLAIRE / PRE-SCOLAIRE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apprentissages       | <input type="checkbox"/> Relations à l'école |
| <input type="checkbox"/> Devenir élève        | <input type="checkbox"/> Vie en collectivité |
| <input type="checkbox"/> Risque de décrochage | <input type="checkbox"/> Autre : .....       |
| <input type="checkbox"/> Orientation          |  |

Description :

.....

.....

.....

.....



**FAMILLE**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fratrie             | <input type="checkbox"/> Relation parent(s)/enfant |
| <input type="checkbox"/> Contexte familial   | <input type="checkbox"/> Santé du parent           |
| <input type="checkbox"/> Contexte économique | <input type="checkbox"/> Autre : .....             |

Description :

.....

.....

.....

.....



**VIE QUOTIDIENNE**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autonomie   | <input type="checkbox"/> Mobilité      |
| <input type="checkbox"/> Actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, continence, déplacement ) | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |

Description :

.....

.....

.....

.....



## VIE SOCIALE

- Accès aux loisirs  Autre : .....
- Relations sociales (amitiés)

Description :

.....

.....

.....

.....



## SANTÉ

- Santé mentale  Trouble de l'alimentation
- Santé physique  Autre : .....
- Trouble du sommeil
- Situation de handicap (préciser)
- Trouble(s) du neurodéveloppement<sup>1</sup> : .....
- Autre situation de handicap : .....

Description :

.....

.....

.....

.....

<sup>1</sup> Liste des TND (DSM V) : les handicaps intellectuels (Trouble du Développement Intellectuel) ; les troubles de la communication ; le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) ; les Troubles Spécifiques des Apprentissages et du Langage (TSLA, plus communément appelés Troubles « Dys ») ; les troubles moteurs (trouble développemental de la coordination, mouvements stéréotypés, tics) ; le Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA-H) ; les autres TND spécifiés ou non.

**2. Avez-vous identifié d'autres fragilités ? :**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Avez-vous identifié des pistes d'actions ? :**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Quelles actions avez-vous déjà mises en œuvre ? :**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. L'enfant bénéficie-t-il d'un dispositif d'aide ou d'un accompagnement particulier ?**

.....  
.....  
.....  
.....



**Partie réservée au coordinateur PRE**

- Orientation vers un **Parcours PRE**                       **Réorientation vers le droit commun**

Fait le : ...../...../....., à .....                      Signature :

**Justificatif de réorientation :**

**Affectation :**

Les données à caractère personnel recueillies via ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé et papier par le service Programme de Réussite Educative de Entre Bièvre et Rhône Communauté de communes. La base légale du traitement est la mission de service public (article D 312-1-3 du CRPA).

Elles seront transmises aux membres de l'Equipe Pluridisciplinaire de Soutien pour pouvoir évoquer votre situation mais ceux-ci sont soumis à une charte de déontologie.

Les données sont conservées pendant **une durée de 2 ans**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. **Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données ; vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.**

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter , **notre délégué à la protection des données** : [contact.dpd@entre-bievreerhone.fr](mailto:contact.dpd@entre-bievreerhone.fr)

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

