

**COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ORIENTATION  
VERS LES ENSEIGNEMENTS ADAPTES DU SECOND DEGRÉ  
C.D.O.E.A.S.D.**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

À renvoyer à :  
1er degré : l'assistante sociale envoie le feuillet à l'inspecteur de circonscription  
2nd degré : l'assistante sociale envoie le feuillet à la CDOEASD

**RECUEILLIS PAR L'ASSISTANT(E) DE SERVICE SOCIAL**

NOM :  PRÉNOM :

ADRESSE DU SERVICE :

TÉLÉPHONE :

L'entretien a eu lieu : ☐ au domicile ☐ à l'école ☐ la famille a refusé ☐ autre :

**ÉLÈVE CONCERNE**

NOM :  PRÉNOM :  Date de naissance :

SEXE : ☐ Fille - ☐ Garçon

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :  CLASSE FREQUENTEE :

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT :

**SITUATION FAMILIALE**

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**PÈRE**

NOM – PRÉNOM :

ADRESSE COMPLÈTE :

TÉLÉPHONE :

PROFESSION :

**MÈRE**

NOM – PRÉNOM :

ADRESSE COMPLÈTE :

TÉLÉPHONE :

PROFESSION :

**ADRESSE AUTRE RESPONSABLE LÉGAL/FAMILLE D'ACCUEIL**

☐ M. - ☐ MME NOM - PRÉNOM :

PROFESSION :  TÉLÉPHONE :

ADRESSE :

**PARENTS :** ☐ MARIÉS - ☐ VIE MARITALE - ☐ PÈRE SEUL - ☐ MÈRE SEULE - ☐ DIVORCES ☐ SÉPARÉS

☐ FAMILLE RECOMPOSÉE - ☐ PLACEMENT

**L'AUTORITÉ PARENTALE EST :** ☐ CONJOINTE - ☐ PÈRE SEUL - ☐ MÈRE SEULE - ☐ SERVICE D'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

**L'ÉLÈVE VIT CHEZ :** ☐ SES PARENTS - ☐ SON PÈRE - ☐ SA MÈRE - ☐ AUTRE RESPONSABLE LÉGAL - ☐ EN FAMILLE D'ACCUEIL

| NOM                  | PRÉNOM               | DATE DE NAISSANCE    | SCOLARITÉ/ACTIVITÉ   |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCELÉS ANTÉRIEUREMENT**

☐ AUDITION - ☐ LANGAGE - ☐ VUE - ☐ MOTRICITÉ - ☐ ENURESIE/ENCOPRÉSIE - ☐ SOMMEIL - ☐ ALIMENTATION - ☐ AUTRES

**L'ENFANT A-T-IL BÉNÉFICIÉ DE PRISES EN CHARGE SPÉCIALISÉES ? ☐ OUI - ☐ NON**

| Lesquelles ? | A quelle période ? | Par quel service ou professionnel ? |
|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| <div></div>  | <div></div>        | <div></div>                         |

**DANS LA VIE QUOTIDIENNE, A-T-IL DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES ? ☐ OUI - ☐ NON**

| Lesquelles ? | Quelles conséquences ? | Quelle organisation / solution pour la famille |
|--------------|------------------------|------------------------------------------------|
| <div></div>  | <div></div>            | <div></div>                                    |

**QUELS PROJETS SCOLAIRES ET/OU DE FORMATION PROFESSIONNELLE SONT ENVISAGÉS ?**

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Par les parents : | <div></div> |
| Par l'enfant :    | <div></div> |

**QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS EXPRIMÉES PAR L'ENFANT ?**

|                                                                                            |                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dans sa scolarité :                                                                        | <div></div>                                                                                       |
| A la maison :                                                                              | <div></div>                                                                                       |
| Que pense-t-il de l'orientation proposée ?<br><div></div>                                  |                                                                                                   |
| L'internat serait-il accepté ? <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON | Y-a-t-il des problèmes de transport ? <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON |

NOTA: Possibilité de joindre un rapport si nécessaire

◆ DATE :

SIGNATURE