| **Protocole fixant les modalités et** **les limites des aménagements raisonnables**En vertu des articles 1.7.8.1 et suivants du décret du 3 mai 2019 portant les livres 1er et 2 du Code de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire, et mettant en place le tronc commun- AMÉNAGEMENTS RAISONNABLES |
| --- |

Demande introduite le ……………………………………(date) par :

|  | l’enseignant |
| --- | --- |
|  | la direction |
|  | les parents |
|  | le CPMS |
|  | autre : …………… |

| 1. **Identification de l’élève**
 |
| --- |
| NOM: |  |
| Prénom: |  |
| Date de naissance: |  |
| Actuellement en (classe): |  |

| 1. **Représentants légaux:**
 |
| --- |
|  | Contact 1 | Contact 2 |
| NOM Prénom: |  |  |
| Lien: |  |  |
| Adresse postale: |  |  |
| Numéro de téléphone: |  |  |
| Adresse email: |  |  |

| 1. **Ecole:**
 |
| --- |
| Nom: |  |
| Adresse: |  |
| Direction: |  |
| Adresse email: |  |
| Téléphone: |  |
| Numéro de fase: |  |
| Titulaire |  |

| **4. LE CAS ÉCHÉANT, en partenariat avec :**  |
| --- |
|  |  |  |
| **Le centre PMS** | **Le pôle territorial du Mardasson** | **Partenaires extérieurs** |
| **Nom**: **Adresse**: **Mail**: **Téléphone**: **Personne de contact**: | **Coordonnatrice**: Delphine SALMON**Adresse**: Rue des Maies, 29 6600 Bastogne**Mail**: delphine.salmon@ecoledumardasson.be**Téléphone**: 0483/264581**Personne de contact**: | **Nom**:**Qualité**:**Adresse**: **Mail**: **Téléphone**: |

| **5. Difficultés rencontrées à l’école:** |
| --- |
|  |

| **6. Besoin(s) spécifique(s)** **reconnu(s) :**  |
| --- |
| Bilan réalisé le: |  |
| Nom et coordonnées du spécialiste: |  |
| Bref descriptif (conclusion du bilan) : |  |

**S’il n’y a pas de bilan, le CPMS ouvre le droit aux AR (joindre le document au protocole).**

| **7. Types d’aménagements raisonnables et modalités** |
| --- |
| **AR matériels**: |
| **AR organisationnels** : |
| **AR pédagogiques** : |

| **8. Limites des aménagements raisonnables:** (“Qu’est ce qui pourrait empêcher la mise en place ou l’efficacité des aménagements?”) |
| --- |
|  |

| **9. LE CAS ÉCHÉANT,modalité d’intervention du pôle** |
| --- |
| Type d’accompagnement: |  |
| Fréquence: |  |
| Echéance: |  |

**Une copie du protocole doit également être transmise à l’adresse suivante:** **delphine.salmon@ecoledumardasson.be**

Si cela s’avère nécessaire, le pôle contactera les partenaires extérieurs (logopèdes, service d’accompagnement aux jeunes enfants, …), dans le but d’être cohérents dans la mise en place des aménagements raisonnables.

| **10. Pour accord:** |
| --- |

**Le protocole sera évalué le …………………….**

* Le protocole est à réévaluer 1X/an en maternelle et 2x/an en primaire et secondaire.
* Une copie de ce protocole peut être transmise au CPMS par l’école ordinaire.
* La direction s’engage à cocher la case adéquate dans le programme SIEL.
* L’existence du protocole sera également mentionnée dans le volet “parcours scolaire” du DAccE de l’enfant.

| Date et signature de la personne responsable de l’élève: |  | Date, signature et cachet de la direction de l’école: |  | **Le cas échéant**, date et signature CPMS:  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Pôle : |
|  |
| partenaires extérieurs: |
|  |