**Suivi SSEFS de** ……………………………………………………..

**Renseignements généraux**

Date de naissance : …………………………………………………………………………………

Classe : ………………………………………………………………………………………………

Etablissement : ………………………………………………………………………………………

Enseignant / prof principal : ………………………………………………………………………..

Contact : ……………………………………………………………………………………………..

Contact parents : ……………………………………………………………………………...........

Référent(e) institut : …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ESS | PIA | Fin de notif. MDPH |
| Dates prévues |  |  |  |

**Prise en charge SSEFS**

Nombre de séances et jours :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi |
| Matin |  |  |  |  |  |
| Tps repas |  |  |  |  |  |
| Après-midi |  |  |  |  |  |

Matières abordées : …………………………………………………………………………………

Objectifs principaux :

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

Autres professionnels intervenant en SSEFS ou en classe :

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