

### Suivi éducatif par les services sociaux

Mesure de suivi éducatif  Non  Oui  
si oui préciser  AED  AEMO  autre \_\_\_\_\_

Placement :  PAD Placement à domicile  OPP Ordonnance de Placement Provisoire  
 AP Accueil Provisoire

Préciser : le service / nom de l'éducateur / et adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Email : \_\_\_\_\_

Observations libres sur votre fils / fille :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Difficulté repérée :

- Besoin d'un cadre éducatif structurant
- Besoin de mise à distance  de la cellule familiale fragilisée  
 de fréquentations
- Difficultés scolaires
- Difficulté organisationnelle familiale (travail de nuit, déplacements, famille monoparentale...)
- Autre(s) à préciser \_\_\_\_\_

#### Vos attentes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Comment avez-vous eu connaissance de notre établissement ?

- Etablissement scolaire d'origine
- Travailleur social (Assistante sociale, éducateur...)
- Bouche à oreille
- Professionnel de santé (psychologue, orthophoniste...)
- Autre acteur de l'Education Nationale (MIJEC, MLDS...)
- Recherche sur Internet
- Médias
- Autre \_\_\_\_\_

## FICHE DE DEMANDE D'INFORMATION en vue d'une admission

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Photo d'identité  
obligatoire

#### classe demandée

#### Primaire

- CE2
- CM1
- CM2

#### Collège

- 6<sup>ème</sup>
- 5<sup>ème</sup>
- 4<sup>ème</sup> LV2
- 3<sup>ème</sup> Générale - LV2 Espagnol

#### Demande d'inscription pour

- 2025/2026 (en cours d'année)
- Rentrée 2026/2027

2026/2027 (en cours d'année)

#### Régime scolaire

- Pensionnaire
- Demi-pensionnaire

Externe



#### Seuls les dossiers complets seront étudiés

Pour les collégiens, merci de joindre les trois derniers bulletins trimestriels  
Les éléments portés à ce dossier demeurent confidentiels et ne constituent pas une inscription.

Cadre réservé à l'établissement scolaire

Fiche saisie le \_\_\_\_\_

Rdv le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ avec \_\_\_\_\_

Rdv le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ avec \_\_\_\_\_

Venu(s) à la journée PORTES OUVERTES du \_\_\_\_\_

## Notre Dame du Bon Accueil



Ecole primaire – Collège  
Internat Educatif et Scolaire

Lieu-dit Angreviers Rive-droite  
44190 GORGES

① : 02 40 06 91 67

✉ : [ndba@apprentis-auteuil.org](mailto:ndba@apprentis-auteuil.org)

 Cofinancé par  
l'Union européenne

  
enseignement  
catholique 44  
Pays de la Loire

**Responsables légaux**

Mère - Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

@

Profession :

Père - Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse mail :

@

Profession :

**En cas de séparation des parents, le jeune vit principalement :** chez sa maman  chez son papa en garde alternée  autre**ENFANTS DANS LA FAMILLE :**

Nom

Prénom

Date de naissance

Situation

1 -

2 -

3 -

4 -

**Composition de la famille****PARCOURS SCOLAIRE et PROFIL DE L'ELEVE :**

Etablissement actuel : Classe :

Difficultés scolaires (dans les apprentissages) : \_\_\_\_\_  
 Difficultés de comportement : \_\_\_\_\_

**Cursus scolaire :**

	Etablissement scolaire - Ville	Classe
2024/2025		
2023/2024		
2022/2023		
2021/2022		

Classe(s) redoublée(s) :  Non  Oui préciser laquelle :Votre enfant a-t-il déjà fait l'objet d'une exclusion d'un établissement scolaire ?  Non  Oui
*Merci de joindre  
les derniers  
bulletins de notes*
**Merci de cocher l'accompagnement / dispositif dont votre enfant a bénéficié**

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé  
 PRE : Programme de Réussite Educative  
 ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire  
 RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté  
 PAI : Projet d'Accueil Individualisé  
 PPS: Projet Personnalisé de Scolarisation

**Dossier MDPH :**  Non  Dossier refusé  1<sup>ère</sup> demande en cours  Oui AESH :  mutualisée ou  Individuelle de \_\_\_\_\_ h hebdomadaire  
*(joindre le dernier GEVASCO et les notifications)* Autre aménagement : \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant référent MDPH : \_\_\_\_\_

Autre(s) : à préciser \_\_\_\_\_

Difficulté d'apprentissage de type « dyslexie »  Non  Oui  autre(s) \_\_\_\_\_Difficulté de comportement :  TOP  TDA  TDAH  autre(s) \_\_\_\_\_

Mettre une croix dans la case correspondante	Oui en cours	Oui terminé	Non
Suivi orthophonique :			
Suivi psychologique :			
Psychiatre/pédopsychiatre :			
Psychomotricien :			
Ergothérapeute :			
Autres – préciser :			

Lieu de prise en charge :  Hôpital de jour  CMP / CMPP ITEP / IME  Autre(s) à préciser \_\_\_\_\_