**Dossier de demande d’admission**

***Nouvelles chances***

|  |  |
| --- | --- |
| **Le dossier est à envoyer obligatoirement en format numérique et en format papier:** | A l’adresse mail : [ce.93demandes-disporelais-nc@ac-creteil.fr](mailto:ce.93demandes-disporelais-nc@ac-creteil.fr)  Et par courrier à  DSDEN – Dispositifs Nouvelles Chances – Bureau 3D-07  8 rue Claude Bernard  93008 Bobigny cedex |
|  |  |
| **Pour toute information complémentaire, contacter** : | |
|  | Anne-Sophie Beau, coordinatrice pédagogique  01 43 93 73 25 / 06 73 38 87 21  Roseline Niangoran, psychologue de l’éducation nationale  01 43 93 73 09 |
|  | Thierry Sebbag, IEN IO  01 43 93 73 39 |
|  |  |
| **A joindre au dossier :** | **A envoyer par les partenaires à la conseillère / au conseiller technique siégeant en commission :** |
| - les bulletins scolaires  - les relevés d’absences  - tout autre élément significatif que vous estimerez utile pour apprécier au mieux la situation de l’élève | - L’avis du ou de la psychologue de l’Éducation nationale : [ce.93psyen-relais-nc@ac-creteil.fr](mailto:ce.93psyen-relais-nc@ac-creteil.fr)  - L’évaluation sociale à Karine Edwige : [ce.93social@ac-creteil.fr](mailto:Sylvie.Guiraud@ac-creteil.fr)  - L’avis de l’infirmier ou du médecin à Nathalie Faraud : [ce.93medical@ac-creteil.fr](mailto:ce.93medical@ac-creteil.fr) |
|  | |
| **Seuls les dossiers complets seront étudiés par les membres de la commission départementale** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A lire avant de constituer le dossier :***  Un passage en structure *Nouvelles chances* a des chances de réussite s’il s’appuie sur une adhésion de l’élève et de sa famille, travaillée en amont par une présentation de la structure et de ses objectifs.  Une structure *Nouvelles chances* s’inscrit dans le réseau formation qualification emploi (FOQUALE). Ce réseau vise à mieux coordonner l’ensemble des solutions éducation nationale au sein des plateformes de suivi et d’appui aux décrocheurs (PSAD).  Rappel : Les *Nouvelles chances* ne se substituent pas à l’enseignement adapté ou spécialisé ni aux mesures prévues pour l’accueil des élèves allophones nouvellement arrivé·e·s en France (EANA).   |  |  | | --- | --- | | **Ce que le dispositif Nouvelles chances permet** | **Ce qu’il ne permet pas** | | * une réconciliation de l’élève avec les apprentissages grâce à une pédagogie adaptée * un travail sur le sens de l’école et une remotivation * un travail sur le projet personnel de l’élève * un travail sur l’estime de soi * un retour en formation initiale | * une prise en charge de troubles comportementaux graves, de troubles neuro-développementaux graves ou psychiatriques * la résolution de problèmes sociaux et familiaux | |

**Engagement du représentant ou de la représentante légal·e de l’élève :**

Je soussigné·e M / Mme………………………………………………déclare avoir pris connaissance de la proposition faite par la ou le chef·fe d’établissement, psy-EN ou autres, et je demande l’admission en *Nouvelles chances* de **NOM : …………………………………………………… Prénom : …………………………………………………**

**Pour accord :**

Date et signature du représentant ou de la représentante légal·e

|  |
| --- |
| **L’admission est demandée par :**  □ L’établissement d’origine □ Le CIO de : ………………….................. □ La DSDEN |

**I) Renseignements administratifs**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’élève** | **Parent 1** | **Parent 2** | **Autre représentant·e**  **légal·e** |
| NOM :………………………  Prénom :……………………  Né·e le…..../…..../……..…  Âge : ……………………….  Adresse :…………………...  ………………………………  ………………………………  Téléphone :  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | NOM : ………………………..  Prénom :……………………..  Adresse (si différente) :  ………………………………..  ………………………………..  Téléphone :  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Courriel :……………….@  ……………………………..  Activité professionnelle :  ……………………………….. | NOM : ………………………..  Prénom :……………………..  Adresse (si différente) :  ………………………………..  ………………………………..  Téléphone :  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Courriel :……………….@  ……………………………..  Activité professionnelle :  ……………………………….. | NOM : ………………………..  Prénom :……………………..  Adresse (si différente) :  ………………………………..  ………………………………..  Téléphone :  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Courriel :……………….@  ……………………………..  Activité professionnelle :  ……………………………….. |
| Détenteur / détentrice de l’autorité parentale :  Parent 1  Parent 2  Autre (préciser) :…………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

**II) Renseignements scolaires et éducatifs**

**Etablissement actuel** : …………………………………… Ville : ………………….. Classe fréquentée ………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année scolaire** | **Classe** | **Etablissement fréquenté** | **Ville** | **Observations** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Classe(s) redoublée(s) : …………..……… Indiquez la ou les classe(s)

Conseil(s) de discipline : …………………. Indiquez la ou les date(s)

L’élève est-il boursier : oui  non 

Certificat de Formation Générale obtenu : oui  non (Si oui, joindre une copie du CFG)

Diplôme National du Brevet obtenu : oui  non  (Si oui, joindre une copie du DNB)

L’élève a-t-il ou elle obtenu l’ASSR : oui  non 

L’élève a-t-il ou elle obtenu le PCS1 :   oui  non 

## IV) Avis conseiller ou conseillère principal·e d’éducation et professeur·e principal·e

NOM du ou de la CPE : Prénom :

Tél. (ligne directe ou portable) : Courriel :

NOM du ou de la professeur·e principal·e : Prénom :

Courriel :

L’élève a-t-il été signalé sur Parcours en Ligne (PEL) (plus de 4 demi-journées d’absence non justifiées en un mois)

Oui  Non 

Si l’élève est déscolarisé·e, indiquez depuis quelle date : ……… soit une durée de : ………

**Mesures vie scolaire :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Exclusions à l’interne | | Exclusions à l’externe | | Commissions de vie scolaire | |
| Nombre : |  | Nombre : |  | Nombre : |  |
| Motif et date : |  | Motif et date : |  | Motif et date : |  |
| Mesure mise en place : |  | Prise en charge extérieure : |  |  |  |

**Mesures éducatives :** Oui  Précisez lesquelles : Non 

## Observations sur l’admission en *Nouvelles chances* :

**Rapport de l’élève aux apprentissages** **:**

**Relations de l’élève avec ses pairs :**

**Relations de l’élève avec les adultes :**

**Projet personnel de l’élève :**

Document à faire remplir par la / le jeune :

**Présente-toi :**

**Qu’attends-tu du dispositif :**

**Pratiques-tu une activité sportive, culturelle ou autre de manière régulière :**

**Si oui, laquelle ou lesquelles :**

**As-tu un projet :**

**Si oui, lequel :**

**La chose que tu as faite dont tu es le plus fier / fière :**

**Tes plus grands rêves pour ta vie future :**

Je soussigné·e ………………………………………………déclare avoir pris connaissance de la proposition faite par le ou la chef·fe d’établissement, psy-EN ou autre, et je demande mon admission en Nouvelles chances :

**Pour accord** :

Date et signature de l’élève

## V) Avis du ou de la psychologue de l’Éducation nationale (annexe 4)

*(à remplir par le ou la psychologue de l’Éducation nationale de l’établissement et à transmettre à* [ce.93psyen-relais-nc@ac-creteil.fr](mailto:ce.93s ????????@ac-creteil.fr)*, courriel consulté par la psychologue de l’éducation nationale siégeant en commission)*

Nom du ou de la Psy-EN de l’établissement :

## VI) Évaluation sociale (annexe 5)

*(à remplir par l’assistant-e social-e de l’établissement et à transmettre au service social en faveur des élèves:* [ce.93social@ac-creteil.fr](mailto:ce.93social@ac-creteil.fr)*, à l’attention de la conseillère technique siégeant en* commission)

Nom de l’AS de l’établissement :

## VII) Avis médical (médecin et / ou infirmier, infirmière) (annexe 6)

*(à remplir par le médecin et / ou l’infirmier ou l’infirmière de l’établissement et à transmettre au service médical en faveur des élèves, à l’attention de la conseillère technique siégeant en commission, :* [ce.93medical@ac-creteil.fr](mailto:ce.93medical@ac-creteil.fr)

Nom du ou de la médecin de l’établissement :

Nom de l’infirmier ou infirmière de l’établissement :

## VIII) Avis circonstancié du ou de la chef·fe d’établissement / autre

**NOM : Prénom : Tél. :**

*Un dispositif Nouvelles chances a-t-il déjà été contacté ?*

**Pour accord :**

Date et signature du ou de la chef·fe d’établissement ou autre