



Fiche de Saisine Réussite Educative

Numéro de suivi PRE :
.....
Cadre réservé au PRE

CCAS – Service Action Sociale et Insertion
22 avenue Victor Hugo – 56000 VANNES
Mail : reussite.educative@mairie-vannes.fr
Tel : 02.97.01.65.23 / 02.97.01.65.20

Date de la saisine :
.....

Le CCAS de Vannes s'engage à protéger vos données personnelles conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la Loi informatique et libertés modifiée. Nous utilisons vos données personnelles recueillies dans cette fiche pour le suivi du parcours personnalisé de réussite éducative de votre enfant. Vos données collectées sont destinées aux agents du programme de réussite éducative. Nous conservons vos données jusqu'à la fin du parcours.

Conformément à la réglementation applicable, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement de vos données. Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant à notre délégué à la protection des données en joignant une copie de votre pièce d'identité en cours de validation :

- Par mail : dpo@mairie-vannes.fr

- Par courrier postal : à l'attention du délégué à la protection des données, Centre Victor Hugo, 22 avenue Victor Hugo, 56000 Vannes

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés (CNIL) en France.

Nom de l'enfant :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :	Âge :	
Adresse :		
Établissement scolaire :		
Classe fréquentée :		

Accord des parents : obligatoire avant toute sollicitation		
Parent 1 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Parent 2 : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
<i>En cas de séparation, les parents doivent donner leur accord tous les deux (Art 372 Code Civil) sauf décision judiciaire contraire</i>		
Coordonnées des parents	Parent 1 : Adresse : mail :	Parent 2 : Adresse : mail :
Langue parlée		Besoin d'interprète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nom du repérant : Fonction :

Coordonnées : @

Contexte de la sollicitation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles sont les actions déjà entreprises par votre institution ou par vous ?

.....

.....

.....

Quels sont les besoins que vous identifiez ?

DOMAINE SCOLAIRE <i>(Absentéisme scolaire, décrochage scolaire, difficultés scolaires, orientation spécialisée...)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
DIFFICULTES DANS L'ACQUISITION DE LA LANGUE <i>(Oral, écrit, besoin d'espaces d'expression)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
CONTEXTE FAMILIAL <i>(Besoin d'un soutien à la parentalité (ne relevant pas d'une mesure d'aide éducative))</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
COMPORTEMENT <i>(Isolement, difficultés relationnelles avec les adultes ou les pairs, agressivité...)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
ACTIVITES EXTRA-SCOLAIRES <i>(Activités sportives, culturelles, de loisirs)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
SANTÉ <i>(Besoin de prise en charge de soins)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>
ACCÈS AUX DROITS <i>(Ouverture de droits, constitution de dossiers, aides financières)</i>	<input type="checkbox"/>	<u>Préciser :</u>

Accompagnements auprès de l'enfant : A compléter par les parents

SCOLARITÉ	
Votre enfant a-t-il des soutiens dans sa scolarité (aide aux devoirs, AESH, etc...) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Préciser :	
SOCIAL	
Etes-vous en lien avec un travailleur social (assistante sociale, éducateur spécialisé, conseillère en économie sociale et familiale) concernant votre enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Acceptez-vous une prise de contact avec le(s) professionnel(s) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Coordonnées du ou des professionnels.....	
.....	
SANTÉ	
Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge de santé en lien avec le motif de la demande : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, laquelle ?	
Acceptez-vous une prise de contact avec le(s) professionnel(s) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, coordonnées du ou des professionnels.....	
.....	
<u>Signature des parents :</u>	
<u>Repérant :</u> saisine suite à une concertation en équipe : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date :	
Signature :	