

---

# CRS

*Conseil de Remédiation et de Soutien.*



Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

# DOSSIER PEDAGOGIQUE D'ACCOMPAGNEMENT

<b>Ecole</b> [REDACTED]
-------------------------

<b>Nom et prénom de l'élève :</b>
<b>Date de naissance :</b>
<b>Date d'entrée dans l'école :</b>

Parcours scolaire				
	Ecole	Nom du titulaire	Motif du changement d'école	Prises en charge extérieures (logopède, psychologue, psychomotricien)
<u>Cycle 1 (2,5 -5)</u>				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
<u>Cycle 2 (5-8)</u>				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
<u>Cycle 3 (8-10)</u>				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
<u>Cycle 4 (10-12)</u>				
20.... - 20....				
20.... - 20....				
20.... - 20....				

# FICHE ADMINISTRATIVE

NOM :	PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :			DATE D'INSCRIPTION :
L'ENFANT HABITE CHEZ : ses parents / son père / sa mère / autres :			
FRÈRE(S)/SŒUR(S) :		<u>AUTRES ÉLÉMENTS UTILES :</u>	
1. ....	Né(e) le .....		
2. ....	Né(e) le .....		
3. ....	Né(e) le .....		
4. ....	Né(e) le .....		
5. ....	Né(e) le .....		
<u>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET FAMILIAUX</u>			
<u>PROBLÈMES MÉDICAUX</u> (allergies, troubles du langage, vue, autres ...)			
DATE	DESCRIPTIF	ANNEXE	

## Partie à compléter par le titulaire

Sur base des observations, des constats de l'équipe réalisés au cours des activités de l'année <sup>1</sup>

**Problèmes éprouvés (P.E.) :**

1. Lenteur au travail - 2. Incapacité de faire le travail - 3. Travaux non-remis - 4. Besoin de soutien - 5. Difficulté d'attention - 6. Problème d'organisation - 7. Perte de matériel - 8. Refus de travailler - 9. Bavardage inutile - 10. Contestes les consignes - 11. Autre

**Type d'intervention (T.I.) :**

1. Réflexion - 2. Rencontre - 4. Système classe - 5. Agenda - 6. Isolement - 7. Appel - 8. Plan d'intervention - 9. Feuille de route - 10. Demande de service - 11. Adaptation du travail - 12. Réparation du geste - 13. Perte d'activité - 14. Retrait de la classe - 15. Autre

**Personnes contactées (P.C.) :**

1. Elève - 2. Parents - 3. Direction - 4. Orthopédagogue - 5. Psychologue du PMS - 6. Educatrice - 7. Infirmier - 8. Spécialiste - 9. Secrétaire - 10. Autre

Date	Difficultés	Remédiation et intervention

Traces et productions en annexe

## A compléter lors de la remise du bulletin

	Ses ressources, ses richesses, ce qu'il sait déjà	Ses difficultés
Ce que l'enfant dit à propos de ses apprentissages		
Ce que les parents disent à propos de l'enfant		
Avis du titulaire, de l'équipe éducative		

Avis du PMS : voir dossier PMS

**Si pertinent, décisions et actions prévues des spécialistes**  
**(ex. : équipe du P.M.S., logopède, psychomotricienne, maitres spéciaux, CRS, ....)**

Date	Démarche effectuée par .....	Action(s) proposée(s)	Evolution, progression

## ACTIONS MISES EN OEUVRE

N° de l'objectif

<input type="checkbox"/> Mathématique <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Eveil <input type="checkbox"/> Instrumental	La difficulté (spécifier la branche) :	<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
---	--	--

DATE	ACTIONS – STRATÉGIES - OUTILS	RESPONSABLE(S)	EVALUATION
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis

DATE	ACTIONS – STRATÉGIES - OUTILS	RESPONSABLE(S)	EVALUATION
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis
			<input type="checkbox"/> Acquis <input type="checkbox"/> En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> non acquis

**Relevé des besoins spécifiques**

DATES	OBJECTIFS PRIORITAIRES		EVALUATIONS DES RESULTATS	A POURSUIVRE	
	N°	INTITULÉ(S)		OUI	NON

RESENTI DE L'ENFANT PAR RAPPORT À LA DÉMARCHE DE SOUTIEN	
---	--

DECISION DU CONSEIL DE CYCLE	L'enfant poursuit sa scolarité sans soutien <input type="checkbox"/> L'enfant poursuit sa scolarité avec un soutien <input type="checkbox"/> L'enfant bénéficie d'une année complémentaire <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

**Signatures**

Le/la titulaire,

Les personnes ressources,

La direction,

L'élève,

Les parents,