**Service de conseil psychopédagogique ………………………..**

**Lieu de travail :**

Nom et prénom : ................................................................Date de naissance..............................

Adresse du domicile, CP : .................................................N° de tél.. .........................................

Classe: ......................, Ecole .........................................................à ........................................

**Strictement confidentiel**

**Communiqué aux parents**

Chers parents, client majeur,

Votre enfant bénéficiera d’un service de conseil professionnel au sein de notre établissement. Pour cela, nous avons besoin de votre coopération. Nous vous prions de bien vouloir remplir attentivement et de façon véridique le formulaire suivant. Remplissez toutes les rubriques du formulaire.

Pour les réponses marquées, il suffit de :

**a) souligner l’élément adéquat ;**

**b) cocher éventuellement le carré de la bonne réponse.**

Vos informations sont strictement confidentielles et destinées uniquement au traitement interne. Son contenu sera protégé conformément à la Directive du Parlement européen et du Conseil 2016/679 (ci-après « Directive »).

En cas d’examen, l’établissement de conseil procèdera conformément à l’amendement de la loi scolaire n° 82/2015 du Recueil, modifiée par les prescriptions ultérieures, selon §16, 16a al. 3 et 4, 17, 28, 116 et selon l’ordonnance n° 27/2016 du Recueil, modifiée par les prescriptions ultérieures, § 11, 12, 13, 14, 15.

Le rapport et les recommandations seront remis à la personne qui bénéficie du service de conseil. Après la rédaction du rapport et des recommandations, le représentant légal ou le client majeur est informé de leur contenu.

**Instruction destinée aux représentants légaux/client majeur conformément à l’ordonnance n° 72/2005 du Recueil, modifiée par les prescriptions ultérieures dans l’amendement de l’ordonnance n° 197 du Recueil, modifiée par les prescriptions ultérieures, ordonnance n° 27/2016 du Recueil, modifiée par les prescriptions ultérieures :**

1. Avec l’accord du représentant légal ou le client majeur, les professionnels de l’établissement de conseil fournissent les services de consultation, de correction, méthodiques ou thérapeutiques et recommandent la coopération avec d’autres services spécialisés. Si nécessaire, ils procèdent à l’examen de l’enfant, de l’élève et de l’étudiant afin de déterminer des mesures de soutien par un psychologue (par exemple, ils surveillent les capacités intellectuelles, les connaissances, le savoir-faire, le style d’apprentissage, les caractéristiques de la personnalité, la convenance du choix du futur métier) ou par un professeur spécialisé (pour découvrir en particulier le niveau des capacités de lecture, d’écriture et de calcul).

2. La durée correspond à la nature du service de conseil nécessaire, environ 1 à 5 heures (selon la nature des difficultés, il est possible de réaliser seulement un examen psychologique ou un examen pédagogique spécial ou encore les deux, c’est-à-dire, psychologique et spécial pédagogique).

3. **Le but est de trouver ce qu’il pourrait favoriser la diminution ou la disparition des problèmes qui sont à l’origine du service de conseil.** En fonction des résultats du service de conseil, le personnel vous recommandera les procédés de correction adéquats ou les mesures de soutien résultantes.

4**.** Il est nécessaire d’attirer l’attention sur **les risques** susceptibles de survenir en cas de retard ou de non respect des recommandations. Le service fourni peut apporter des inconvénients au client, en particulier lorsque les résultats des examens professionnels sont en contradiction avec les attentes du client ou de son représentant légal ou si le personnel spécialisé apprend de source sûre qu’un délit est commis ou est en cours de préparation (obligation de notifier).

5.Vous pouvez attendre le **Bénéfice du service de conseil** après la découverte de la cause et de la nature des difficultés et le suivi des recommandations du mode d’enseignement et d’éducation adéquat pour le client. Un employé spécialisé peut lui-aussi contribuer à la diminution ou à la suppression des difficultés du client.

6. Avant de recevoir le conseil, le représentant légal ou le client majeur signe son consentement éclairé avec la fourniture du service de conseil, valable pendant toute la durée de fourniture du service de conseil. Les services fournis sont documentés de façon à ce que le client ne subisse pas de préjudice en matière de ses droits et soit protégé de toute intrusion non autorisée dans sa vie privée et personnelle.

**7**. Le parent a le droit de demander à tout moment de bénéficier de nouveau du service de conseil, de demander un examen selon §16 et al. 5 de la loi scolaire, le droit de demander la révision selon §16b de la loi scolaire et le droit de donner l’initiative à l’Inspection scolaire tchèque selon §174 al. 5 de la loi scolaire.

8. Si le service de conseil se résulte par un diagnostic, un spécialiste rédigera un rapport et une recommandation conformément à l’ordonnance n° 27/2016 du Recueil, modifiée par les amendements ultérieurs.

9. Les informations relatives aux contacts, aux buts et aux bases juridiques du traitement et à vos droits dans le domaine de la protection des données personnelles, sont disponibles sur les pages web de l’établissement de conseil (http://www.pepor-plzen.cz/).

Les catégories des données personnelles traitées sont disponibles sur les pages web de PPP …………

Si vous êtes dans l’impossibilité de vous présenter, merci de nous le faire savoir à l’avance, de façon à ce que nous puissions faire venir un autre candidat.

La date d’un éventuel examen de contrôle sera toujours indiquée dans la recommandation.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Fait à ……….. . .. 20…

Directeur/directrice PPP

**Antécédents**

**Père :** Nom, prénom : …………………………………………………………………………

Téléphone …………………………… E-mail:…………………………………………………

**Mère :** Nom, prénom : ……………………………………………………………………….

Téléphone :………………………… E-mail :…………………………………………………

La famille compte-t-elle des membres ayant des problèmes liés à la santé, à l’enseignement ou à l’éducation ? :

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Quelle langue parlez-vous à la maison :………………………………………………….

La famille est complète : [ ]  oui - [ ]  non L’enfant est élevé par : [ ]  la mère – [ ]  le père – une autre personne ....................

Garde alternée : [ ]  oui - [ ]  non

Accueil familial : [ ]  oui - [ ]  non

**Belle-mère/beau-père, père/mère de famille d’accueil :**

Nom, prénom : ……………………………………… ………………..……………………..

Téléphone :………………………… E-mail:…………………………………………………

Grossesse : normale – à risque La mère avait-elle des problèmes : non – oui ?

Les problèmes rencontrés par la mère (vomissements, saignements, nausées, maladies – lesquelles, quel mois):

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

Le bébé est né [ ]  à terme – [ ]  avant terme – [ ]  après terme – accouchement au ……..mois

Accouchement [ ]  normal – [ ]  avec problèmes (lesquels) ?

………………………………………………………………….

À la naissance, le bébé [ ]  a été – [ ]  n’a pas été ranimé, [ ]  a eu – [ ]  n’a pas eu la jaunisse du nourrisson, [ ]  a eu – [ ]  n’a pas eu de problèmes de santé

(lesquels)?................................................................................................

Le bébé [ ]  a été allaité ………….. semaines, [ ]  n’a pas été allaité.

L’enfant a déjà eu les maladies suivantes :

Rougeole Urticaires Otite

Rubéole Angines Traumatisme crânien

Varicelle Maladies intestinales Méningite

Oreillons Scarlatine autre

L’enfant a-t-il déjà souffert d’une maladie grave : [ ]  non - [ ]  oui ? De quelle maladie s’agissait-il? …..........................................................................................................................................

L’enfant a-t-il été hospitalisé : [ ]  non - [ ]  oui ? A quel âge, durée, raison ……………...

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

L’enfant est-il suivi par un spécialiste ? (par exemple, psychologue, psychiatre, phoniatre, neurologue, orthophoniste, etc.) [ ]  oui - [ ]  non

Lequel :…………………………………………………………………………………………

L’enfant : tenait assis à ……………….mois prononçait des mots à…....……… mois

 rampait à ..………….……. mois prononçait des phrases à.………... mois

 marchait à..……………… mois

Etait propre à ………………………………………………………...

à présent [ ]  ne contient pas ses urines [ ]  la nuit – [ ]  la journée – [ ]  contient ses urines.

**Motricité globale et motricité fine** (dextérité, maîtrise et posture du corps, coordination des membres supérieurs et inférieurs – par exemple, saut, vélo, patins, skis, saut à la corde, jeux avec un ballon, etc.):

 [ ]  adroit - [ ]  maladroit préciser :………………………………………… ……………

**Motricité fine** (motricité des doigts et des articulations – par exemple, jeux de construction, maladresse des articulations, enfilage de perles, découpage, collage, manipulation de petits objets)

[ ]  adroit - [ ]  maladroit préciser:……………………………………………………

**Lors du travail et le dessin, il préfère** [ ]  la main droite – [ ]  la main gauche- [ ]  utilise les deux mains.

La famille compte/comptait un membre gaucher : [ ]  oui - [ ]  non

Qui ?......................................................

L’enfant présente des problèmes suivants :

maux de tête vivacité apparente enfant désordonné nervosité

problèmes de sommeil agitation angoisse, incertitude désobéissance

troubles du comport. alimentaire explosions de colère destruction des affaires tromperie, mensonge

troubles de la parole obstination, insolence agressivité, bagarres bégaiement

manque de savoir-faire lenteur, fatigabilité problèmes de prononciation des sons inquiétude, timidité

maladresse manque de concentration mauvaise composition des phrases séchage de cours

évitement des enfants provocation de conflits utilisation de mauvaises formes vol d‘objets

clowneries passivité pour entrer en contact faible vocabulaire troubles sexuels

**Problèmes d’organes sensoriels** : myopie, déficience auditive, ............................................

**Fréquentait /fréquente l’école maternelle :** **[ ]** oui [ ]  non depuis quel âge………

**Report de scolarité** [ ]  oui – [ ]  non Année : …………………………………………..

**Fréquentait une classe préparatoire :** oui - non ?

L’enfant a déjà subi un examen psychologique ou pédagogique spécial ? [ ]  oui – [ ]  non

Où et quand ? ......................................................................................................................

**II. Motifs de la visite de l’établissement de conseil**

Quel est le motif de la visite …………………………………………………………………….

Sur l’initiative de : parents – école - autre (qui)………………………………………………..

Décrivez les problèmes de l’enfant, de l’élève, de l’étudiant à la maison :…………………….

 ......................................................................................................................................................

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

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

Décrivez les problèmes de l’enfant, de l’élève, de l’étudiant à l’école, dans l’établissement scolaire :…………………………

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

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

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

Décrivez ses qualités, dans quel domaine il est habile ………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

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

\*le client fréquente dans le cadre de l’école : la garderie [ ]  oui - [ ]  non

 loisirs dans le cadre de l‘école [ ]  oui - [ ]  non

Le client fréquent-il un organisme d’intérêt hors école : Maison des enfants [ ]  oui - [ ]  non

 Ecole élémentaire de l‘art [ ]  oui - [ ]  non

\*) Tous les jours, il apprend en moyenne :………………………………………………..

\*) Il apprend : [ ]  régulièrement - [ ]  irrégulièrement - [ ]  seulement de temps en temps - [ ]  pas du tout

\*) Rapport à l’apprentissage : [ ]  apprend seul, sans remarques - [ ]  nécessite une surveillance sporadique -[ ]  nécessite une surveillance continue

\*) Apprend seul [ ]  oui - [ ]  non Lors de l’apprentissage, il est aidé par ……………………

\*) Note : ne pas remplir s’il s’agit des enfants de l’école maternelle

**III. Conclusion**

Garde en alternance : [ ]  oui - [ ]  non

En cas de garde en alternance, le rapport est envoyé à [ ]  la mère – [ ]  au père - [ ]  un autre représentant légal………..

Je note que si le service de conseil se résulte par des recommandations de mesures de soutien pour les enfants, élèves, étudiants ayant des besoins spéciaux en enseignement du CP au CM2, ces recommandations seront envoyées toujours à l’école ou à l’établissement scolaire.

**Je note qu’en cas de remplissage incomplet du présent questionnaire, il est impossible de poursuivre le service de conseil, car le demandeur n’a pas fourni la coopération nécessaire pour l’accomplissement du but selon l’ordonnance n° 72/2005 du Recueil, modifiée par les amendements ultérieurs, l’ordonnance n° 27/2016 du Recueil, modifiée par les amendements ultérieurs.**

Fait à ................................... le........................ .................................

Signatures

Autres informations :