

Équipe Pluridisciplinaire de Soutien  
du Programme de Réussite Educative  
Contact : [dsow@valdereuil.fr](mailto:dsow@valdereuil.fr)

**LE REPERANT (SI AUTRE QUE LE REPRESENTANT LEGAL)**

Nom prénom	
Fonction	
Etablissement/structure	
Coordonnées (téléphone, mail)	

**L'ENFANT CONCERNÉ**

**LE REPRESENTANT LEGAL**

Nom prénom		Nom prénom	
Sexe		Adresse	
Date de naissance		Téléphone	
Classe		Email	

**DESCRIPTIF DU BESOIN REPERE (observations et suivi existant)**

--

**Motif de la demande (cochez)**

Parcours Santé	Prise en charge psychologique	
	Prise en charge du bilan psychomoteur ( <i>Pour dossier MDPH</i> )	
	Prise en charge du bilan Orthophonique ( <i>Pour dossier MDPH</i> )	
	Socio esthétique	
	Sophrologie	
Parcours Famille	Médiation école famille	
	Aide à l'Orientation et accompagnement vers le Droit Commun (Service Emploi, Service Logement, Service sociale, France Service, MDPH, CMPP)	
	Guidance parentale	
	Orientation CLAS (soutien à la parentalité et à la scolarité)	
Parcours Sport/ Culture	Accompagnement parcours sportif	
	Accompagnement parcours culture	
Parcours Educatif et soutien à la scolarisation	Accompagnement médiateur-éducateur (éducateur spécialisé)	
	Accompagnement dans le parcours scolaire	
	Orthopédagogue	
	« Exclusion externalisée » <i>2<sup>nd</sup> Degrés</i>	
	Mesures de responsabilisation <i>2<sup>nd</sup> Degrés</i>	
	Projet personnel <i>2<sup>nd</sup> Degrés</i>	

Date de la demande :

Signature du représentant légal :