

DOSSIER DE FREQUENTATION SCOLAIRE

Premier degré

- . ECOLE : Circonscription :
- . N° RNE de l'école :
- . Adresse postale :
- . Ville :
- . Téléphone :

Elève

- . Nom : Prénom :
- . Sexe : M F
- . Date de naissance : / /
- . Classe :
- . Ecole d'origine [dénomination & ville] :

Représentants légaux

- Représentant(s) (domicile de l'élève) :
- . Lien avec l'élève : Mère Père Aide Sociale à l'Enfance Tuteur
 Autre membre de la famille Autre cas :
- . Titre : Mme Mr Mr et Mme Mme et Mme Mr et Mr
- . Nom(s) : Prénom(s) :
- . Adresse :
- Code postal : Ville :
- . Téléphone 1 : Téléphone 2 :
- SI LES PARENTS SONT SEPARES, indiquer les coordonnées du parent chez lequel l'enfant ne réside pas habituellement ou réside en alternance :
- . Lien avec l'élève : Mère Père
- . Titre : Mme Mr
- . Nom : Prénom :
- . Adresse :
- Code postal : Ville :
- . Téléphone 1 : Téléphone 2 :

RENSEIGNEMENTS SUR LA FREQUENTATION SCOLAIRE DE L'ELEVE

I. Relevé mensuel des demi-journées d'absence non justifiée ou non valable de l'élève :

| Septembre | Octobre | Novembre | Décembre | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin |
|-----------|---------|----------|----------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

II. Précisions complémentaires : Attention, réponses obligatoires

- Intervention du directeur OUI NON
- Intervention de l'enseignant OUI NON
- Contacts avec les représentants légaux Réguliers Inexistents Rompus

- Démarches engagées auprès des différents partenaires :
 - . Assistante sociale OUI NON
 - . UTPAS OUI NON
 - . Procureur OUI NON
 - . Services de Santé scolaire OUI NON

- Motifs invoqués par les représentants légaux pour expliquer l'absentéisme :
 - . Problèmes médicaux particuliers OUI NON
 - . Problèmes relationnels avec d'autres élèves OUI NON
 - . Problèmes relationnels avec un membre du personnel OUI NON
 - . Vacances hors période scolaire OUI NON
 - . Démotivation, décrochage scolaire OUI NON
 - . Eloignement, déménagement OUI NON
 - . Autres OUI NON

III. Coordonnées du Directeur d'école chargé du dossier : Attention, renseignements obligatoires

- . Titre : Mr Mme
- . Nom :
- . Téléphone :

Dossier transmis le / /

Dossier à retourner à :

Direction des services départementaux de l'Education nationale du Nord
Division des élèves et de la vie des établissements - Bureau de la vie scolaire
1 rue Claude Bernard
59033 LILLE CEDEX

CONTRÔLE MENSUEL DE LA FREQUENTATION SCOLAIRE
Premier degré

Cachet

. ECOLE :

. Circonscription :

. Ville :

. Téléphone :

Elève

. Nom : Prénom :

. Date de naissance : / /

Récapitulatif mensuel des absences

. Mois concerné :

. Nombre de DEMI-JOURNEES D'ABSENCE NON JUSTIFIEE OU NON VALABLE :

. Nombre de DEMI-JOURNEES D'ABSENCE JUSTIFIEE :

Date : / /

Signature du Directeur d'école :

Document à retourner à :

Direction des services départementaux de l'Education nationale du Nord
Division des élèves et de la vie des établissements - Bureau de la vie scolaire
1 rue Claude Bernard 59033 LILLE CEDEX