

COMMISSION DÉPARTEMENTALE D'ORIENTATION VERS LES ENSEIGNEMENTS ADAPTÉS DU SECOND DEGRÉ

Annexe 9

ÉVALUATION SOCIALE

NOM :

Né(e) le : à :

Adresse :

Tél. : Portable :

Etab^t scolaire :

Famille connue (indiquer OUI ou NON) :

Résidence habituelle de l'enfant :

Si prise en charge ASE, lieu d'accueil :

Prénom :

Sexe (Indiquer F ou M) :

Classe :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX :

Situation familiale : Mariage - Séparation - Divorce ... :

MÈRE :

NOM et prénom :

Née le :

Adresse :

Profession :

N° de Séc. Sociale :

Centre d'affiliation :

N° :

CAF :

N° d'allocataire :

PÈRE :

NOM et prénom :

Né le :

Adresse :

Profession :

N° de Séc. Sociale :

Centre d'affiliation :

N° :

CAF :

N° d'allocataire :

Enfant(s) : A quel centre l'enfant est-il rattaché ? : celui du **père** *ou* de la **mère** :
ou **autre** (préciser) :

BELLE-MÈRE :

NOM et prénom :

Née le :

Adresse :

Profession :

N° de Séc. Sociale :

Centre d'affiliation :

N° :

CAF :

N° d'allocataire :

BEAU-PÈRE :

NOM et prénom :

Né le :

Adresse :

Profession :

N° de Séc. Sociale :

Centre d'affiliation :

N° :

CAF :

N° d'allocataire :

Responsable de l'enfant : (*si autre que les parents, éventuellement famille d'accueil*) :

Etat-civil :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

FRATRIE ET AUTRES PERSONNES VIVANT AU DOMICILE :

(Situer l'enfant intéressé à sa place)

	NOM et prénom	Date de naissance	Ecole ou profession
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

L'ENFANT : RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AUPRÈS DE LA FAMILLE

Éléments importants sur le plan de la santé :

Éléments importants dans le domaine scolaire :

Socialisation de l'enfant : (loisirs, copains, responsabilité dans la famille...)

Aides déjà apportées : (services extérieurs, famille)

LA FAMILLE : RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS AUPRÈS DE LA FAMILLE

Fonctionnement familial :

Problèmes sociaux particuliers :

INTERVENTIONS éducatives ou de services extérieurs : (donner les coordonnées du service intervenant)

SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION SOCIALE

NOM du travailleur social :

Adresse :

Tél. :

Fait à :

le :

Signature,

Cachet du Service,