

CONTROLE DE L'OBLIGATION ET DE L'ASSIDUITE SCOLAIRES

Demande d'intervention de la direction des services départementaux de l'éducation nationale

ELEVE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

ETABLISSEMENT

Etablissement :

Personne référente :

Téléphone direct :

Qualité :

REPRESENTANTS LEGAUX DE L'ELEVE

MERE

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

AUTRE (à préciser)

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

PERE

Nom, prénom :

Adresse :

Tél :

Situation des parents :

☐ Mariés, concubins, pacsés ☐ Divorcés, séparés

Domicile de l'élève :

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

Récapitulatif des fiches mensuelles de contrôle d'assiduité scolaire

Nombre de ½ journées d'absence par mois (dont le motif est injustifiée et/ou illégitime)

Mois	Nombre de ½ journées d'absence dont le motif est injustifié	Observations
Septembre		
Octobre		
Novembre		
Décembre		
Janvier		
Février		
Mars		
Avril		
Mai		
Juin		

ACTION MENEES AUPRES DE LA FAMILLE

- **contact téléphonique et/ou courrier envoyé à la famille le :**
- **rencontre avec le directeur d'école ou le chef d'établissement :**
- **rencontre avec l'infirmière scolaire le :**
- **autres contacts et interventions :**

SYNTHESE DE LA SITUATION

Fait le :

Signature du directeur d'école :