|  |
| --- |
| **Document 3** |



**INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE RÉFÉRENT AUPRÈS D’UN ACCOMPAGNANT**

**PSYCHO EDUCATIF (APE) D’UN ÉLÈVE PORTEUR D’UN TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE (OU D’UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT)**

Avenant joint au P.P.S. et annexé à la convention passée le

entre l’Académie de Versailles et l’association : **CAP HANDI CAP**

Année scolaire **: 2022/2023**

**L’ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

NOM : **Click or tap here to enter text.**

ADRESSE : **Click or tap here to enter text.**

NOM du Chef d’établissement ou du Directeur : **Click or tap here to enter text.**

**LE PSYCHOLOGUE REFERENT**

NOM & PRENOM : **Click or tap here to enter text.** **Click or tap here to enter text.**

QUALIFICATION : **Click or tap here to enter text.**

Intervient pour l’association ci-dessous nominée :

NOM DE L’ASSOCIATION : **CAP HANDI CAP**

SIÈGE SOCIAL : **44 AVE GEORGES POMPIDOU 92300 LEVALLOIS-PERRET**

CACHET DE L’ASSOCIATION

Text, letter

Description automatically generated

**L’INTERVENTION**

(à raison d’une fois par période selon un calendrier défini avec l’équipe éducative)

NOM & PRENOM de l’accompagnant psycho-éducatif ou de l’AVS : **Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.**

NOM & PRENOM DE L’ÉLÈVE **: Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.**

(où l’APG)

CALENDRIER D’INTERVENTION : …………………………………………………………..

- 1 -

**Engagement du psychologue référent à s’inscrire dans le cadre de la convention :**

Je soussigné(e), **Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text.** m’engage à respecter le cadre d’intervention tel que décrit ci-dessus. En cas de non-respect du cadre de la convention, mes interventions dans le cadre scolaire ne pourraient se poursuivre.

Fait à  **le**

Signature

**Visa du Chef d’établissement ou du Directeur d’école**

NOM : …………………………………………. DATE : ……………………………………..

SIGNATURE : CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT

**Visa de l’Inspecteur chargé de la circonscription**

(Pour un élève du premier degré)

NOM : …………………………………………. DATE : ……………………………………..

SIGNATURE : CACHET DE LA CIRCONSCRIPTION

**DECISION DU DIRECTEUR DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX DE L’ÉDUCATION NATIONALE**

**Par délégation, l’IEN/ASH référent**

(Pour un élève scolarisé en école, collège ou lycée)

**□Avenant refusé □Avenant validé, sous réserve du respect de la réglementation en vigueur**

NOM : …………………………………………. DATE : ……………………………………..

SIGNATURE :

- 2 -