

Vos coordonnées

NOM Prénom : _____ Téléphone fixe : _____
 Adresse : _____ Téléphone portable : _____
 Code postal : _____ Adresse électronique : _____
 Ville : _____

Votre situation actuelle

Date de votre premier contrat AED-AVS ou CDD-AESH (hors embauche contrat CUI-CAE) :

Déplacements Véhicule : oui non Distance totale parcourue chaque jour (A/R) : _____ Km

Missions actuelles	Nom et prénom de l'élève		Etablissement scolaire - Ville		2 élèves suivis dans la même classe oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	1				
	2				
	3				

De manière générale, l'AESH accompagne un même élève sur une période n'excédant pas 2 années scolaires.

Souhaitez-vous poursuivre les accompagnements actuels ? oui non partiellement

Si non ou partiellement, merci de préciser le motif et/ou l'élève concerné :

Votre bilan des accompagnements pour l'année 2018-2019

Merci de nous donner votre avis pour les améliorations du service

Accompagnement	Pour élève 1 :		Pour élève 2 :		Pour élève 3 :			
	Type accompt	Quotité	Type accompt	Quotité	Type accompt	Quotité		
	apprentissage <input type="checkbox"/>	correcte <input type="checkbox"/>	apprentissage <input type="checkbox"/>	correcte <input type="checkbox"/>	apprentissage <input type="checkbox"/>	correcte <input type="checkbox"/>		
	gestes vie quotid. <input type="checkbox"/>	à diminuer <input type="checkbox"/>	gestes vie quotid. <input type="checkbox"/>	à diminuer <input type="checkbox"/>	gestes vie quotid. <input type="checkbox"/>	à diminuer <input type="checkbox"/>		
	tr. comportement <input type="checkbox"/>	à questionner <input type="checkbox"/>	tr. comportement <input type="checkbox"/>	à questionner <input type="checkbox"/>	tr. comportement <input type="checkbox"/>	à questionner <input type="checkbox"/>		
Relation partenaires	Enseignant		Autres		Enseignant		Autres	
	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>	travail collaboratif <input type="checkbox"/>
	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>	à l'initiative AESH <input type="checkbox"/>
Equipe pédagogique	intégré(e) <input type="checkbox"/>	se sent isolé(e) <input type="checkbox"/>	intégré(e) <input type="checkbox"/>	se sent isolé(e) <input type="checkbox"/>	intégré(e) <input type="checkbox"/>	se sent isolé(e) <input type="checkbox"/>	intégré(e) <input type="checkbox"/>	se sent isolé(e) <input type="checkbox"/>

Vos observations complémentaires :

Vos souhaits pour la rentrée 2019

Souhaitez-vous reconduire votre contrat CDD-AESH pour l'année scolaire 2019-2020 : oui non

Si non, merci de préciser le motif (changement de département, autre projet professionnel,...) :

Un contrat en école primaire se limite à 60% . Inutile de demander une augmentation de quotité supérieure à 60 % si votre vœu prioritaire est de rester en maternelle ou élémentaire. Seuls quelques contrats en collège ou lycée peuvent aller au-delà.

Nouveauté rentrée 2019 : **mise en place des PIAL**, voir article sur le site dans "actualités".

Classez vos vœux par ordre de préférence : de 1 jusqu'à 5

Quotité	Pour la rentrée prochaine je souhaite qu'elle soit : diminuée <input type="checkbox"/> maintenue <input type="checkbox"/> augmentée <input type="checkbox"/>
Mission	Individuelle/mutualisée élève : _____ Individuelle enseignant : ____ Collective : _____
Cantine	Accompagnement possible : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Etablissement	Ecole Maternelle : ____ Ecole Elémentaire : ____ Collège : ____ Lycée : ____
Vos priorités	Accompagnements actuels : ____ Type d'établissement : ____ Quotité de travail : ____ Zone géographique : ____ Type de mission : ____

Les affectations ne peuvent se faire dans les lieux de scolarisation de vos propres enfants. **Merci de nous indiquer les écoles et classes où ils seront inscrits à la rentrée 2019.**

Observations complémentaires

Fait à

, le

Signature

À retourner impérativement par courrier pour le 5 avril 2019 à : DSDEN, Bureau des AESH, 52-54 av. de la République - BP 92060 - 68017 COLMAR CEDEX