

Vos coordonnées

NOM Prénom :

Téléphone fixe :

Adresse :

Téléphone portable :

Code postal :

Adresse électronique :

Ville :

Votre situation actuelle

Date de votre premier contrat en 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

1

2

3

oui

non

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 poursuivre votre mission d'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% (26h45 rémunéré) . 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 maintenue augmentée

Mission Individuelle : ____ Collective : ____

Cantine Accompagnement possible : oui non

Etablissement Ecole Maternelle : ____ Ecole Élémentaire : ____ 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 avenue de la République - BP 60092 - 68017 COLMAR CEDEX