

PLAN D'APPUI LIÉ À L'ASSIDUITÉ

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
École : _____	Année d'études : _____
Enseignant : _____	Âge : _____
Date de la rencontre avec l'élève et le parent : _____	
Personnes consultées lors de l'élaboration du plan d'appui lié à la fréquentation scolaire : _____ _____	
Personne clé qui assure la communication avec la famille : _____	

CONTACTS

Nom	Adresse	Téléphone maison	Téléphone au travail	Cellulaire

	Objectifs de l'élève	Moyens pour atteindre les objectifs	Personnes impliquées dans le suivi	Obstacles potentiels
Au plan personnel				
Au plan scolaire				

Objectifs du parent/tuteur	Moyens	Obstacles potentiels
Date de la prochaine rencontre :		

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire : 20 ____ - 20 ____ sans être modifié.
 Il sera révisé au plus tard le : _____

J'ai été consulté pour l'élaboration de ce plan de réintégration scolaire et j'accepte de m'engager activement dans la réussite et l'atteinte de mes objectifs.

Le parent ne s'est pas présenté à la rencontre.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 18 ans et plus)

Signature de la direction d'école : _____ Date : _____

Signature du conseiller en assiduité : _____ Date : _____