

Centre Médico-Psychologique
35 rue des Tourelles 75020 PARIS
Tél. : 01 43 79 73 45
Mail : cmp.robert-debre@aphp.fr

Centre d'excellence InovAND
Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Professeur Delorme
Hôpital Robert Debré
<https://www.clepsy.fr/>
N° F.I.N.E.S.S.: 750803454



OBSERVATION PEDAGOGIQUE ECOLE MATERNELLE

Document à faire remplir par l'enseignant.e de l'enfant et à remettre aux parents.

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

Date de naissance :

SCOLARITE ACTUELLE

- Classe :

- Temps scolaire :

Temps plein
Cantine

Temps partiel

Centre de loisirs

- Aménagements de la vie scolaire : AESH PAI PPRE PPS

- Y a-t-il eu un maintien ? Oui Non

- Comment situez-vous ses réalisations par rapport à celles de la classe ?

Inférieures

Equivalentes

Supérieures

- La fréquentation scolaire est-elle régulière ?

- Avez-vous des contacts réguliers avec la famille ?

RYTHME DE VIE SCOLAIRE

- Propreté :
- Repas :
- Sieste :

NIVEAU DES COMPETENCES SCOLAIRES

Graphisme (*prise du feutre, productions*) :

Langage écrit (*reconnaissance des lettres, se préparer à la lecture*)

Langage oral (*compréhension, expression*) :

Découvrir le monde (*nombres, grandeurs, repérage temporel*) :

Devenir élève (*respecter les règles de vie commune, identifier les adultes et leur rôle, autonomie*)

Agir, s'exprimer, comprendre à travers l'activité physique (*motricité fine, motricité globale, jeux collectifs*)

COMPETENCES RELATIONNELLES

Qualité des relations avec les adultes :

Qualité des relations avec les autres enfants en classe (intégré, en retrait, isolé, en retrait, initie les échanges, suit le groupe) :

Communication non-verbale (contact visuel, initiation et maintien des échanges, compréhension des gestes et des mimiques) :

A-t-il des gestes ou des activités répétitives, un besoin de rituel, des difficultés d'adaptation aux changements ?

Quel est pour vous le niveau de difficultés de cet enfant ?

Très léger

Léger

Modéré

Sévère

Très sévère

Y a-t-il des aménagements de travail déjà mis en place pour lui ? Si non, quelles seraient les solutions envisageables pour y remédier ?

Avez-vous d'autres observations concernant cet élève ?

Date :

Nom du ou des professeurs des écoles :

Adresse et téléphone de l'école :

Document à retourner via le formulaire de l'espace patient.