|  |  |
| --- | --- |
| ***Avenant du PPS pour l’année scolaire*** *………../………*  NOM : ………………………. Prénom :…………………………. né(e) le ……………………………………………...  M  F | **PPS validé par la CTES le:**  ……………/…………/……………… |

*Le bilan est complété à partir de documents de suivis et d’évaluations transmis par chaque partenaire lié au projet.*

|  |
| --- |
| **Constat et évolution au regard des objectifs retenus dans le PPS :** |
| **Besoins éducatifs particuliers et réajustement sans nouvelle demande sur le plan scolaire, éducatif et thérapeutique au regard du PPS validé :** |
| **Conclusion :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Membres signataires et partenaires du PPS et de son avenant*** | | | |
| **NOM et prénom** | **Qualité** | **Organisme, Etablissement /Tél** | **Emargement** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Cachet et signature du chef d’établissement, du directeur d’école ou de CJA :**