|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de renouvellement ou remplacement de MPABilan de l’utilisation |

Chaque année, lors de l’ESS, **l’utilisation effective** du matériel ainsi que sa contribution à **l’amélioration de la scolarité** sont évaluées

|  |
| --- |
| Nom et prénom : date de naissance :  |
| Nom, prénom des représentants légaux :  Adresse : Coordonnées téléphoniques :   Courriel :  |
| ERSEH + coordonnées (courriel) :  |
| Professionnel de santé ou équipe de soins associé.e à la demande et coordonnées (courriel) :  |
| Etablissement scolaire fréquenté : Classe :  |

**Degré d’autonomie** **de l’élève dans l’utilisation du matériel :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalement autonome | Partiellement autonome ou en cours d’apprentissage | Pas encore autonome | Prise en charge par l’enseignant E, l’AESH A ou la famille  **F** |
| Décision d’utiliser l’ordinateur |[ ] [ ] [ ]    |
| Installation / rangementMise en route / arrêt  |[ ] [ ] [ ]    |
| Organisation des fichiers  |[ ] [ ] [ ]    |
| Saisie clavier |[ ] [ ] [ ]    |
| Utilisation des logiciels |[ ] [ ] [ ]    |
| Autres : |[ ] [ ] [ ]    |

**Utilisation du MPA :**

[ ]  tous les jours [ ]  plusieurs fois par semaine [ ]  moins souvent [ ] à la maison seulement [ ]  jamais

Pour quelle(s) utilisation(s) : Pallier les difficultés en… ou les troubles de … (*choisir une ou plusieurs réponses)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lecture [ ]  | calligraphie / graphique [ ]   | transcription /encodage [ ]  | géométrie [ ]  |
| visuels [ ]  | Auditifs [ ]   | Moteurs [ ]  | Communication / langage [ ]  | Autre :  |

Logiciels les plus utilisés : …………………………………………………………………………………………..
Logiciels faisant défaut : ……………………………………………………………………………………………

**Apports du matériel dans l’accès aux apprentissages**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  Mise au travail, motivation |[ ]  Attitudes scolaire, disponibilité |
|[ ]  Vitesse d’exécution des exercices, des évaluations |[ ]  Compréhension des notions, des consignes |
|[ ]  Qualité/quantité des productions écrites |[ ]  Mémorisation des leçons |
|[ ]  Amélioration des résultats scolaires |  |  |

**Constats de l’élève, de la famille, des thérapeutes**

|  |  |
| --- | --- |
|  Ce matériel apporte-t-il la compensation attendue ? |   |
| Avantages apportés par le matériel |   |
| Inconvénients |   |
| Difficultés rencontrées |   |

**Constats de l’équipe pédagogique**

|  |  |
| --- | --- |
|  Ce matériel apporte-t-il la compensation attendue ? |   |
| Avantages apportés par le matériel |   |
| Inconvénients |   |
| Difficultés rencontrées |   |

**Renouvellement**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Matériel préconisépar le professionnel de santé ou l’équipe de soins*(à justifier)* | Ordinateur PC 17 pouces[ ]   | Ordinateur PC15 pouces[ ]  | Ordinateur PC 14 pouces [ ]   | Ordinateur PC 13 pouces [ ]  | Tactile [ ] Détachable [ ]  | FullHD [ ] Léger [ ]  |
| Guide-doigts pour clavier [ ]  Trackball [ ] Micro HF [ ]  Machine Perkins [ ]  Plage braille [ ] nom :  | Tablette Android [ ] Tablette Windows [ ]  Tablette Ipad [ ] Clavier bluetooth [ ] Adaptateur USB [ ]  | Réglette scanner [ ] Souris scanner [ ] Casque-micro [ ] Autre :  |
| Logiciels **hors** Pack Logiciels 67-68 (préciser la version) :   |
| Si des caractéristiques techniques vous semblent indispensables, merci de les mentionner ci-dessous *(à justifier)*  |

**Date :**

**Signatures** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parents  | Directeur /chef d’établissement  | Professionnel de santé ou équipe de soins associé.e à la demande  |