|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de renouvellement ou remplacement de MPA  Bilan 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 / rangement  Mise 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  préconisé  par le professionnel de santé ou l’équipe de soins*(à justifier)* | Ordinateur PC 17 pouces | Ordinateur PC 15 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 |