**CONTRAT D’ACCOMPAGNEMENT FOQUALE- DARFIii**

***Le présent contrat n’est complet qu’accompagné de ses annexes :***

* Obligatoirement : compte-rendu de la session de bilan et de positionnement ou bilan du SAS places vacantes
* Le cas échéant : description du parcours adapté, positionnement réglementaire validé, avis d’affectation DASEN,…

**Le contrat est transmis à l’ensemble de ses signataires.**

**Dans le cadre du DARFI, il est proposé à :**

|  |
| --- |
| **ETAT CIVIL** |
| NOM et Prénom : |  |
| Adresse : |  |
| Code postal / Ville : |  |  |
| Téléphone(s) : |  | Courriel : |  |
| Date de naissance : |  |

|  |
| --- |
| **SITUATION** |
| Dernière classe fréquentée : |  |
| Etablissement : |  |
| Dernier diplôme obtenu : |  | Date : |  |
| Date de sortie : |  |  |
| Date de la session de bilan et de positionnement ou du SAS places vacantes : | Début :  |  | Fin : |  |
|  | EPLE : |  |
| Le(la) jeune est identifié(e) par le SIEI (présent sur une liste RIO à la date du contrat) : |  OUI  NON |

|  |
| --- |
| **PROPOSITION** |
|  | **Re-scolarisation/Apprentissage UFA** |
|  | Objectifs : |  |
|  | Etablissement : |  |
|  | Classe/UFA : |  |
|  | Référent de l'établissement d’accueil ou UFA : |  | Téléphone: |  | Courriel : | @ |
|  | Référent FOQUALE : |  | Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
|  | Date de début : |  |
|  | **Parcours DARFI adapté** *(joindre le descriptif du parcours)* |
|  | Objectifs : |  |
|  | Passation d’examen en fin d’année scolaire en cours : |  OUI  NON (*oui : joindre le positionnement*) |
|  | Etablissement(s) mobilisé(s) : |  | Rôle : |  |
|  | Rôle : |  |
|  | Rôle : |  |
|  | Intervention Pôle MLDS : |  OUI  NON |
|  | EPLE : |  | Rôle : |  |
|  | Référent de l'établissement d’accueil ou UFA : |  | Téléphone: |  | Courriel : | @ |
|  |  Référent  FOQUALE: |  | Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
|  | Date de début : |  |
|  | **Lycée de la Nouvelle Chance** |
|  |  |
| **PROPOSITION TEMPORAIRE D’ACCOMPAGNEMENT MLDS** |
|  | **Scolarisation temporaire en Pôle MLDS** |
|  | Objectifs : |  |
|  | Etablissement : |  |
|  | Coordonnateur MLDS référent : |  | Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
|  | Date de début : |  |

|  |
| --- |
| **MESURE SPECIFIQUE D’ACCOMPAGNEMENT** |
|  | **Service civique temps plein** |
|  | Objectifs : |  |
|  | Porteur de la mission : | Nom : |  |
| Adresse : |  |
| Code postal : |  | Ville : |  |
| Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
| Contact : |  |
|  | Coordonnateur MLDS référent : |  | Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
|  | Date de début : |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Service civique alterné** |
|  | Objectifs : | *(joindre un calendrier de l’alternance)* |
|  | Porteur de la mission : | Nom : |  |
| Adresse : |  |
| Code postal : |  | Ville : |  |
| Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
| Contact : |  |
|  | Pôle MLDS (EPLE) : |  |
|  | Coordonnateur MLDS référent : |  | Téléphone : |  | Courriel : |  @ |
|  | Date de début : |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Clause sociale formation**  |

**Pièces jointes :**

 : Compte rendu de la session de bilan et de positionnement ou bilan du SAS places vacantes,  : Descriptif de parcours adapté,

 : Positionnement réglementaire validé,  : Calendrier de l’alternance (service civique)

A le / /20

Le chef d’établissement, responsable Foquale,

Le responsable légal / ou l’élève majeur

Coordonnateur MLDS référent :

L'élève ou l'apprenti

A le / /20

Le chef d’établissement d’origine,

Les chefs d’établissements mobilisés dans le parcours de raccrochage,