

Nom

Prénom

Année scolaire

Niveau(x) d'inclusion / classe(s) / enseignant(s) d'accueil

lundi	mardi	jeudi	vendredi

Date	Participation	Autonomie	Relation à l'adulte	Relation aux autres élèves	Observations particulières
	Relation aux apprentissages				
	Relation aux apprentissages				
	Relation aux apprentissages				
	Relation aux apprentissages				

Réajustements du projet d'inclusion