**Annexe « Avis des partenaires sur la proposition d’intégration permanente totale »**

**NOM et prénom de l’élève concerné :** …………

Numéro CF de l’élève concerné : ..............

**AVIS DES PARTENAIRES SUR LA PROPOSITION D’IPT :**

Pour le **Conseil de classe/l’équipe éducative de l’école d’enseignement spécialisé dans laquelle est scolarisé l’élève**, le pouvoir organisateur ou son délégué :

FASE de l’école :

Date d’inscription dans l’école d’enseignement spécialisé concernée par la proposition d’IPT :

Date : Signature :

Cachet :

AVIS FAVORABLE – AVIS DÉFAVORABLE *(biffer la mention inutile)*

Pour le **responsable légal de l’élève** (nom, prénom et qualité) ou l’élève s’il est majeur :

Date : Signature :

AVIS FAVORABLE – AVIS DÉFAVORABLE *(biffer la mention inutile)*

Pour le **CPMS** qui accompagne l’élève au moment de l’introduction de la proposition d’IPT – CPMS de l’école d’enseignement spécialisé :

La direction :

Date : Signature :

Cachet :

AVIS FAVORABLE – AVIS DÉFAVORABLE *(biffer la mention inutile)*