

**FEUILLE DE SAISINE**

**EQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION**

**Objet de la demande d’intervention de l’EMAS :**

[ ]  Conseil et participation à des actions de sensibilisation, d’information et de formation à l’attention des équipes pédagogiques des établissements scolaires

[ ]  Appui et conseil à un établissement scolaire dans le cadre de l’inclusion d’un élève à besoins éducatifs particuliers

[ ]  Intervention directe pour soutenir la scolarité d’un élève à besoins éducatifs particuliers. Attention, cette dernière modalité d’intervention reste exceptionnelle et temporaire

**Informations administratives relatives à l’élève concerné :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Âge : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ans

Sexe : [ ]  F [ ]  M

Notification d’orientation MDPH : [ ]  Oui [ ]  Non

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Classe fréquentée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom enseignant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom direction établissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone établissement scolaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La famille est-elle informée de la saisine de l’EMAS ? [ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Compensations mises en place  | Compensations en attente  |
| [ ]  AESH  | [ ]  AESH  |
| [ ]  ULIS  | [ ]  ULIS  |
| [ ]  Matériel pédagogique adapté  | [ ]  Matériel pédagogique adapté  |
| [ ]  Adaptations pédagogiques  | [ ]  Adaptations pédagogiques  |
| [ ]  RASED  | [ ]  RASED  |
| [ ]  SESSAD  | [ ]  SESSAD  |
| [ ]  Temps séquentiel établissement médico-social. Nom de l’établissement :  | [ ]  Temps séquentiel :Type d’établissement préconisé (IME-ITEP-Dispositif,…) : |

Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPEA, CMPS, hôpital de jour, libéral…) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Professionnels associés | Sont-ils informés ? | Coordonnées |
|  | OUI | NON |  |
| Enseignant référent |[ ] [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Médecin scolaire |[ ] [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Psychologue scolaire |[ ] [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| PIAL |[ ] [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Contexte / difficultés rencontrées :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Questions complémentaires :

*Depuis combien de temps l’enfant est-il connu des professionnels ?*

*Depuis combien de temps les difficultés ont-elles été observées ?*

*Ces difficultés concernent-elles les apprentissages (calcul, écriture, lecture) et/ou le comportement ?*

*Une équipe éducative s’est-elle déjà regroupée pour évoquer la situation de l’enfant ? Si oui à quelle date ?*

*A quelle date le pôle ressources a-t-il été réuni ?*

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adaptations proposées/testées :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Documents à joindre si disponibles (si accord du partage d’informations des parents)

* PAI, PPRE, PAP, PPS
* GEVASCO
* Compte-rendu d’observations psy
* Bilan psychométrique

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature enseignant : Signature direction établissement**