

**Fiche saisine de l'Équipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) par les responsables légaux de l'enfant.**

VOTRE ENFANT		
Nom :	<input type="text"/>	Établissement scolaire : <input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	Niveau classe : <input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal : <input type="text"/>
Adresse de l'enfant : <input type="text"/>		
Coordonnées du représentant légal 1		Coordonnées du représentant légal 2
Nom et Prénom :	<input type="text"/>	Nom et Prénom : <input type="text"/>
Adresse postale :	<input type="text"/>	Adresse postale : <input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Adresse mail :	<input type="text"/>	Adresse mail : <input type="text"/>
CEUX QUI VOUS AIDENT		
	NOM	COORDONNEES
Aide Educative à Domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Famille d'Accueil	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maisons d'Enfants à Caractère Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre (travailleur social : CCAS, associations d'aide aux réfugiés,)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**RÉPONSES APPORTÉES A CE JOUR**

**Votre enfant a-t-il bénéficié d'aides particulières au sein de l'école ?**

(Aides spécialisées, personnels extérieurs, prêt de matériel...)

**SELON VOUS**

**Quelles sont les réussites de votre enfant ?**

**Quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ? Comment se sent-il ?**

**Quelles sont vos attentes envers le PAS ?**

## DÉMARCHES ENTREPRISES

**Quelles démarches avez-vous déjà entreprises pour votre enfant ?**

- Rendez-vous avec l'établissement scolaire ? ☐ OUI ☐ NON
- Bilans (effectués ou en cours) ☐ OUI ☐ NON
- Êtes-vous en attente de réponse de la MDPH ? ☐ OUI ☐ NON ☐ REFUS
- L'enfant a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ? ☐ OUI ☐ NON

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

autorise le PAS\*

- ☐ à intervenir auprès de l'élève
- ☐ à transmettre les documents

professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant

Date :

Signature :

Je soussigné(e)

autorise le PAS\*

- ☐ à intervenir auprès de l'élève
- ☐ à transmettre les documents

professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant

Date :

Signature :

*\*Il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical, ou du médico-social.*

## MODALITÉS D'ENVOI DU DOCUMENT

Par mail, en utilisant l'adresse du PAS de votre secteur.

- pas-mauriac.15@ac-clermont.fr
- pas-maurs.15@ac-clermont.fr
- pas-murat.15@ac-clermont.fr