

Fiche saisine : A RENSEIGNER PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Fiche saisine de l'Équipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) par l'établissement scolaire

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur, mettre en copie les copilotes PAS (via carte interactive)

ÉLÈVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

| | |
|---|--|
| Nom : <input type="text"/> | Date de naissance : <input type="text"/> |
| Prénom : <input type="text"/> | Niveau classe : <input type="text"/> |
| Coordonnées du représentant légal 1 | |
| 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"/> |
| Je soussigné(e) <input type="text"/> | Je soussigné(e) <input type="text"/> |
| autorise le PAS* <input type="checkbox"/> à intervenir auprès de l'élève. <input type="checkbox"/> à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant. Date : <input type="text"/> | autorise le PAS* <input type="checkbox"/> à intervenir auprès de l'élève. <input type="checkbox"/> à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant. Date : <input type="text"/> |
| Signature : <input type="text"/> | Signature : <input type="text"/> |
| <i>*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.</i> | |

ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

| | |
|----------------------------------|---|
| Nom : <input type="text"/> | Mail : <input type="text"/> |
| Adresse : <input type="text"/> | Rédacteur : <input type="text"/> |
| Téléphone : <input type="text"/> | Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal : <input type="text"/> |

Fiche saisine : A RENSEIGNER PAR L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

| | |
|---|--|
| Dossier MDPH | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> REFUS <input type="checkbox"/> DEMANDE EN COURS |
| Équipe éducative | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| ESS | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Numéro du LPI | |
| Accompagnements externes <i>(Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...))</i> | |

DÉMARCHES ENTREPRISES

- Rendez-vous avec la famille ? OUI NON
- Bilans (effectués ou en cours) OUI NON
- La famille est-elle en attente de réponse de la MDPH ? OUI NON REFUS
- L'élève a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ? OUI NON

MOTIFS DE LA DEMANDE

Quelle est la nature des difficultés rencontrées ?

Quelles sont les réponses déjà apportées ?

LA DEMANDE D'ACTION ENVISAGÉE POUR L'ÉLÈVE

- Aménagements pédagogiques Soutien pédagogique et éducatif
- Matériel Pédagogique Adapté