

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	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"/>
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"/>  Signature :	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"/>  Signature :
<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

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

**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