

	<p>Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation</p> <p>Audomarois / Calaisis</p> <p>Fiche de Saisine</p>	
---	---	---

A transmettre par mail à : emas.ac@vieactive.asso.fr

<p><u>Coordonnées de l'Établissement scolaire</u></p> <p>Nom de l'établissement :</p> <p>Adresse :</p> <p>Nom et prénom du directeur / chef d'établissement :</p> <p>Mail :</p> <p>Tel :</p>
<p><u>Coordonnées du rédacteur de la demande</u></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Profession :</p> <p>Tel :</p> <p>Mail :</p>

La demande concerne une intervention de sensibilisation (*actions de sensibilisation sur le handicap, formation à des outils d'adaptation et d'accompagnement, etc.*)

<p><u>Motifs de la sollicitation</u></p>
<p><u>Attendus en termes d'actions d'intervention</u></p>

La demande concerne une demande d'appui en lien avec la situation d'un élève spécifiquement.

<p>L'ÉLEVE</p>
<p><u>Identité de l'élève</u></p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Classe :</p> <p>Âge :</p>
<p><u>Situation de l'élève</u></p> <p>Notification MDPH : oui / non / en cours</p> <p>Si oui ou en cours,</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de dossier MPDH : - Orientation MDPH :
<p><u>Aménagements existants</u></p> <p>AESH depuis le :</p> <p>ULIS depuis le :</p> <p>Matériel pédagogique adapté depuis le :</p> <p>RASED depuis le :</p> <p>Sollicitation d'un réseau de l'éducation nationale (TSA, EHP, AAEDC) le :</p>

Partenaires identifiés dans la situation :

- ° RASED
- ° Enseignant spécialisé
- ° AESH
- ° SESSAD
- ° CAMSP
- ° CMP
- ° Professionnels en libéral
- ° Autres :

EXPOSE DE LA SITUATION

Motifs de la sollicitation

Points d'appui (Réussites disciplinaires, activités appréciées, relations privilégiées...) :

Freins à la scolarité et nature des difficultés rencontrées

Aménagement et interventions éventuellement déjà proposés

Attendus en termes d'action d'intervention

ENTOURAGE DE L'ELEVE

Coordonnées du/des représentants légaux

Nom et prénom :

Mail :

Tel :

Information faite aux représentants légaux en date du :

Mesure sociale : oui Non

Si oui, coordonnées du référent MDS :

Nom et prénom :

Mail :

Tel :

Coordonnées de l'enseignant référent (si existant)

Nom et prénom :

Mail :

Tel :

Date de saisine :

Signature du rédacteur :

Signature et cachet du directeur / chef d'établissement :

Décision de l'EMAS suite à la réunion du :

La demande ne relève pas des missions de l'EMAS

Pistes d'orientation proposées :

La demande relève des missions de l'EMAS (un mail de confirmation vous sera envoyé dans lequel figureront les délais d'intervention dans votre établissement)