**Equipe Mobile d’Appui Médico-Social à la Scolarisation (EMAS)**

**De l’Artois**

**FICHE DE SAISINE**

A transmettre par mail à : emasartois@vieactive.asso.fr

|  |
| --- |
| Coordonnées de l’Etablissement scolaireNom de l’établissement : Adresse : Nom et prénom du directeur / chef d’établissement : Mail : Tel :  |
| Coordonnées du rédacteur de la demandeNom et prénom : Profession : Tel : Mail : |

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

|  |
| --- |
| Motifs de la sollicitation |
| Attendus en termes d’actions d’intervention |

** La demande concerne une demande d’appui en lien avec la situation d’un élève spécifiquement**

|  |
| --- |
| **L’ELEVE** |
| Identité de l’élèveNom et prénom : Classe : Âge :  |
| Situation de l’élèveNotification MDPH : oui / non / en coursSi oui ou en cours, * N° de dossier MPDH :
* Orientation MDPH :
 |
| Aménagements existants AESH depuis le :ULIS depuis le :Matériel pédagogique adapté depuis le :RASED depuis le : Sollicitation d’un réseau de l’éducation national (TSA, EHP, AAEDC) le :  |
| 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 légauxNom et prénom :Mail :Tel :*Information faite aux représentants légaux en date du :*  |
| Mesure sociale : **** oui **** NonSi 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 :**

**Signature de l’Inspecteur de circonscription pour le 1er degré :**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**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)