



Région académique  
HAUTS-DE-FRANCE



LA VIE ACTIVE  
Humaniste et Fraternelle



## 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](mailto:emasartois@vieactive.asso.fr)

#### Coordonnées de l'Établissement scolaire

Nom de l'établissement :

Adresse :

Nom et prénom du directeur / chef d'établissement :

Mail :

Tel :

#### Coordonnées du rédacteur de la demande

Nom 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'ÉLEVE**

##### Identité de l'élève

Nom et prénom :

Classe :

Âge :

##### Situation de l'élève



Notification MDPH : oui / non / en cours

Si 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



Région académique  
HAUTS-DE-FRANCE



LA VIE ACTIVE  
Humaniste et Fraternelle



**ENTOURAGE DE L'ÉLÈVE**

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 :**

**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)