Date de la demande : **Référence interne EMAS :**

Etablissement concerné

Adresse :

Téléphone : Mail :

Circonscription : Nom de l’IEN :

Demandeur

Nom et prénom : Profession :

Téléphone : Mail :

Disponibilités pour recontact téléphonique :

Type d’intervention souhaité

 INFORMATION – SENSIBILISATION (apports théoriques/pratiques sur une problématique)

 DEMANDE D’APPUI/D’EXPERTISE DANS L’ETABLISSEMENT / EN CLASSE (guidance)

Signature de la fiche saisine par voie hiérarchique

*Directeur*  Nom et Prénom : Signature

*Et/ou IEN de Circonscription* Nom et Prénom : Signature

*Chef d’établissement* Nom et Prénom : Signature

***L’équipe éducative sollicite l’EMAS (sensibilisation ou appui/expertise) pour :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Accompagner les comportements troublés (isolement, violences, mutisme, agressivités, cris , …) |  | Adapter les interactions |  |
| Adapter l’environnement de classe |  | Organiser le temps et l’espace (intégration des rythmes, repérage spatial,…) |  |
| Pour adapter la communication ou les outils de communication |  | Adapter les contenus, les séquences |  |
| Gérer les transitions (récréation, accueil, sortie, …) |  | Prendre en compte les particularités du profil |  |
| Accompagner les émotions et la frustration (échec, crises, régulation émotionnelle,…) |  | Comprendre les troubles, les difficultés |  |

***Les ressources déjà sollicitées ou dispositifs mis en place :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aides** | **Personne contact** | **Dates** | **Actions** |
| Echanges avec la famille |  |  |  |
| Enseignant-référent |  |  |  |
| RASED |  |  |  |
| Conseiller pédagogique |  |  |  |
| Réseau d’appui EN |  |  |  |
| Psy EN |  |  |  |
| Médecin scolaire |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |

 \*N’hésitez pas à joindre les compte-rendu ou documents utiles