

	<b>FICHE SAISINE EMAS</b>	83-APPC-F Version 1	<b>EMAS ARTOIS BRUAY LA BUISSIÈRE</b>
--	---------------------------	------------------------	---

### I / GESTION DOCUMENTAIRE

Rédigé par	Approuvé par	Validé par	Destinataires
Noms : Fanny Garbé Cathy Devassenne	Noms :	Noms :	Professionnel(le)s du service Personnel de l'Education Nationale
Signature :	Signature :	Signature :	
Date : janvier 2024	Date : février 2024	Date : février 2024	Date : Mars 2024

### II / HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Date	Éléments modifiés	Objet de la modification
1.0	Février 2024		Création

### III / OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

« La finalité des équipes mobiles d'appui est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative. ».

Elles constituent une ressource mobilisable par les professionnels de la communauté éducative des établissements scolaires privés ou publics de la maternelle au secondaire pour étayer leurs pratiques. Elles répondent le cas échéant aux besoins de sensibilisation sur les problématiques liées aux handicaps rencontrés par les professionnels des établissements scolaires.

Afin de solliciter l'EMAS, les professionnels de la communauté éducative devront utiliser la fiche saisine et la transmettre par mail au service.

### IV / DOCUMENT DE REFERENCE

### V / RESPONSABILITES

Le Directeur, Le Référent Qualité, l'ensemble des personnels décrits dans la procédure.



# FICHE SAISINE EMAS

EQUIPE MOBILE D'APPUI MEDICO-SOCIAL A LA SCOLARISATION

## Exemplaire à remplir et à transmettre pour signature :

-> **pour le 1<sup>er</sup> degré** : les Directeurs d'école adressent la fiche de saisine pour validation à l'IEN de circonscription

-> **pour le 2<sup>nd</sup> degré** : le Chef d'Etablissement adressent la fiche saisine directement à l'EMAS, avec copie pour information à l'IEN-ASH.

## ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : .....

Adresse : .....

☎ : .....

💻 : .....

Nom et Prénom du Directeur(trice)/Chef d'Etablissement : .....

Nom et Prénom du déclarant : ..... Profession : .....

☎ : ..... Mail : .....

Disponibilités pour contact téléphonique :

POUR LE DIRECTEUR/CHEF D'ETABLISSEMENT	POUR LE DECLARANT

## ATTENTE VIS-A-VIS DE L'INTERVENTION EMAS

### DEMANDE DE SENSIBILISATION - actions non ciblées pour un élève

- En lien avec une thématique liée au handicap
- En lien avec l'arrivée prochaine d'un élève à besoins éducatifs particuliers

⇒ VEUILLEZ SIGNER LE DOCUMENT EN PAGE 4

### INTERVENTION EN LIEN AVEC L'ACCUEIL D'UN ELEVE

- Appui, conseil et expertise auprès de la communauté éducative, dans la prise en charge d'un élève à besoins éducatifs particuliers.

⇒ VEUILLEZ COMPLETER LES PAGES 2, 3 ET SIGNER LA PAGE 4

Equipe Mobile Médico-sociale d'Appui à la Scolarisation – Association La Vie Active

6, rue de Verquigneul 62290 NOEUX LES MINES

Email : [emas@vieactive.asso.fr](mailto:emas@vieactive.asso.fr)

## ELEVE CONCERNE

Nom : ..... Date de naissance : .....  
 Prénom : ..... classe : .....

## REPRESENTANTS LEGAUX ET ENTOURAGE :

	RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
<b>NOM</b>		
<b>PRENOM</b>		
<b>ADRESSE</b>		
<b>PROFESSION</b>		
<b>TELEPHONE</b>		
<b>E-MAIL</b>		
<b>LIEN FAMILIAL</b>	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre indiquer :	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre indiquer :
<b>AUTORITE PARENTALE</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
<b>SITUATION FAMILIALE</b>	<input type="checkbox"/> Marié/vie marital <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié/vie marital <input type="checkbox"/> séparé/divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire

Information faites au(x) représentant(s) légal (aux) en date du : .....

### Lieu d'accueil si différent de l'adresse des Responsables légaux :

Nom		Prénom	
Adresse			
Téléphone		e-mail	
Agissant en qualité de :			
<b>NOM ET PRENOM DU REFERENT ASE :</b> .....		<b>Lieu MDS :</b> .....	
: .....		Mail : .....	

**NOM ET PRENOM DE L'ENSEIGNANT REFERENT (SI EXISTANT) :** .....

: ..... Mail : .....

## ACCOMPAGNEMENTS

NOTIFICATION MDPH :  oui  non  en cours

AMENAGEMENTS	EN COURS	EN ATTENTE	COMMENTAIRES
AESH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Matériel pédagogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adaptations pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scolarité partagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RASED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ULIS/EGPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PDEI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PARTENAIRES	EN COURS	EN ATTENTE	COMMENTAIRES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'ELEVE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Interactions sociales avec ses pairs<br><input type="checkbox"/> Interactions sociales avec les adultes<br><input type="checkbox"/> Capacité de concentration/compréhension<br><input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Comportements externalisés inappropriés (agressions verbales, physiques, provocations, etc)<br><input type="checkbox"/> Comportements internalisés (isolement, anxiété, passivité, etc) |
|--|--|

**Quels sont les aménagements spécifiques déjà apportés :**

**Points d'appuis, réussites de l'élève (compétences ressources) :**

Date de saisine :

Signature du rédacteur :

Signature et cachet du Directeur/Chef d'Etablissement :

Signature de l'Inspecteur de circonscription pour le 1<sup>er</sup> degré :

### CADRE RESERVE A L'EMAS

Avis :  la demande relève des missions de l'EMAS       la demande ne relève pas des missions de l'EMAS

Remarques éventuelles ou préconisations :

Signature du Directeur :

**Equipe Mobile Médico-sociale d'Appui à la Scolarisation – Association La Vie Active**

6, rue de Verquigneul 62290 NOEUX LES MINES

Email : [emas@vieactive.asso.fr](mailto:emas@vieactive.asso.fr)