**I / GESTION DOCUMENTAIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rédigé par | Approuvé par | Validé par | Destinataires |
| Noms :  Fanny Garbé  Cathy Devassenne | Noms :  Membres du Copil Qualité | Noms :  Membres du Codir | Professionnel(le)s du service  Personnel de l’Education Nationale |
| Signature : | Signature : | Signature : |  |
| Date : Février 2024 | Date : 22 mars 2023 | Date : 08 avril 2024 | Date : Avril 2024 |

**II / HISTORIQUE DES VERSIONS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version | Date | Eléments 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 rencontrées 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**

**L'article L. 111-1 du code de l'éducation** affirme que le service public de l'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants

[**Circulaire n° 2016-117 du 8 août 2016**](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105511): Parcours de formation des élèves en situation de handicap dans les établissements scolaires

Scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à **l’article L. 351-1 du Code de l'Éducation** et les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

**OPA15** La prise en charge des besoins éducatifs particuliers est organisée.

Opa15a Un projet d’accompagnement personnalisé pour les populations spécifiques accueillies au sein d’établissements scolaires (troubles cognitifs, socio-adaptatifs…) est formalisé et comprend, notamment, un repérage et une évaluation des besoins.

**v / RESPONSABILiTES**

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



Equipe Mobile d’appui médico-social à la scolarisation

FICHE SAISINE EMAS

**Exemplaire à remplir et à transmettre pour signature :**

-> **pour le 1er degré** : le Directeur d’école adresse la fiche de saisine pour validation à l’IEN de circonscription

-> **pour le 2nd degré** : le Chef d’Etablissement adresse 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 ou jour de décharge, (*nous nous efforcerons de vous contacter sur ces temps*) :

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour le Directeur/Chef d’Etablissement** | **Pour le déclarant** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **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 élève**

 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**

|  |
| --- |
| **ELEVE CONCERNE** |

Nom : Date de naissance :

Prénom : classe :

**REPRESENTANTS LEGAUX ET ENTOURAGE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Responsable légal 1** | **Responsable légal 2** |
| **Nom** |  |  |
| **Prénom** |  |  |
| **Téléphone** |  |  |
| **e-mail** |  |  |
| **Lien familial  Autorité parentale situation familiale** |  père  mère  autre indiquer :   oui  Non   Marié/vie marital  séparé/divorcé   Veuf  Célibataire |  père  mère  autre indiquer :   oui  Non   Marié/vie marital  séparé/divorcé   Veuf  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 : | | | |
| **Nom et Prénom du Référent ASE** : Lieu MDS :   : Mail : | | | |

**Nom et prénom de l’Enseignant référent (si existant)** :

 : Mail :

|  |
| --- |
| **ACCOMPAGNEMENTS** |

**Notification MDPH** :  oui, veuillez indiquer la date de fin:

 non

 demande en cours

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aménagements** | **En cours** | **En attente** | **Commentaires** |
| AESH |  |  |  |
| Matériel pédagogique |  |  |  |
| Adaptations pédagogiques |  |  |  |
| Scolarité partagée |  |  |  |
| RASED |  |  |  |
| ULIS/EGPA |  |  |  |
| PDEI |  |  |  |
| **Partenaires** | **En cours** | **En attente** | **Commentaires** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **DIFFICULTES RENCONTREES PAR L’ELEVE** | | | | |

 Interactions sociales avec ses pairs

 Interactions sociales avec les adultes

 Capacité de concentration/compréhension

 Comportements visibles inappropriés (agressions verbales, physiques, provocations, etc)

 Comportements silencieux (isolement, anxiété, passivité, etc)

 Autre :

**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 1er 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 :  Le Directeur,  E. Devassenne |