 **Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation**

Fiche de saisine second degré

*NB : Pour une meilleure lisibilité, privilégiez la transcription des éléments en version informatique*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne à l’origine de la demande**  | Nom Prénom :Fonction :**@** :**🕿** : | Date de la demande : |
| **Etablissement scolaire concerné** | L’établissement :**🖃****🕿** | Nom du responsable d’établissement :**🕿****@** |
| **PIAL de référence**  | Nom et coordonnées du coordinateur :  | Réseau d’éducation : |
| **Nature de la demande** | □ Appui et conseil en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap avéré ou suspecté □ Sensibilisation pour les professionnels des établissements scolaires |
| **Si la demande concerne un élève** | Nom Prénom : M.□ F.□Date de naissance : / / Classe : |
| **Famille ou responsable légal**  | Information donnée à la famille :□ Oui, le……………… (date)□ Non | Coordonnées :**🖃****🕿****@** |
| **Equipe scolaire**  | Nom du professeur principal : **🕿****@** | Nom de l’AESH :Coordonnées : Individualisée □Mutualisée □ |
| **Bureau de la vie scolaire**  | Concerné par la demande :□ oui □ non  | Nom et coordonnées :  |
| **Reconnaissance de la situation de handicap**  | □ oui □ 1ère demande en cours d’étude par la MDPH□ démarche évoquée mais non réalisée□ non | Nature des notifications ou demandes en cours : AESH, ULIS, établissement médico-social (DAME, DITEP (ex-SESSAD ou IME)) : |
| **Enseignant référent**  |  |
| **Ressources EN sollicitées en amont avec noms et coordonnées** (enseignant ressource accessibilité pédagogique et handicap, médecin scolaire, psychologue scolaire, infirmier scolaire, assistant social, etc..) |  |
| **Partenaires hors EN identifiés avec noms et coordonnées** (service de soins, service médico-social, service social, professionnel libéral, etc..) |   |
| **Constats motivant la demande : difficultés rencontrées, points d’appui** |  |
| **Actions et aménagements déjà mis en place**  |  |
| **Quelles sont vos attentes ?**  |  |
| **Identification des membres de l’équipe de l’établissement à mobiliser pour l’intervention de l’EMAS (noms et fonctions)**  |  |

Document à retourner complété aux adresses suivantes :

**emas.aunfc@ahs-fc.fr** **/** **pauline.lardier@ahs-fc.fr** **/** **ce.ien-ash.dsden90@ac-besancon.fr**