 **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**](mailto:emas.aunfc@ahs-fc.fr) **/** [**pauline.lardier@ahs-fc.fr**](mailto:pauline.lardier@ahs-fc.fr) **/** [**ce.ien-ash.dsden90@ac-besancon.fr**](mailto:ce.ien-ash.dsden90@ac-besancon.fr)