**Equipe Mobile**

**d’Appui à la Scolarisation**

**Annexe 4 : Fiche de saisine**

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

**FICHE DE SAISINE**

**La communication de données médicales n’étant pas requise, nous vous remercions de bien vouloir ne pas en faire état dans la fiche de saisine.**

|  |
| --- |
| **Identité et coordonnées du prescripteur** |
| Nom de l’établissement scolaire prescripteur : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : Mail : Coordonnées psychologue scolaire :Coordonnées du médecin ou infirmière scolaire : Enseignant référent de secteur :  |
| **Correspondant / prescripteur :**Nom : Prénom : Fonction : Téléphone : Mail :  |
| **Attentes vis-à-vis de l’équipe mobile d’appui** |
| Observation en classe par un professionnel de l’EMAS : 🞏 Oui 🞏 Non🞏 **Demande d’appui / expertise pour la gestion d’une situation difficile avec l’élève :***ex : réunion technique, support d’observation et d’analyse…*🞏 **Appui et conseils relatifs à l’accompagnement d’un élève en situation de handicap :** *ex : réflexion commune lors de réunion, propositions d’aménagements de l’espace, apports d’outils concrets, appui à l’observation…*🞏 **Action de formation, information ou sensibilisation :** 🞏 Apports théoriques : 🞏 Gestion du comportement 🞏 Compréhension du fonctionnement de l’enfant 🞏 Aménagement de l’espace 🞏 Aménagements et adaptations pédagogiques 🞏 Autres : 🞏 Échanges autour d’une ou plusieurs situations 🞏 Apports d’outils spécifiques 🞏 Autres :  |
| **Situation de la personne** *(à remplir uniquement si l’attente correspond à une demande d’appui)* |
| Monsieur 🞏 Madame 🞏 Nom : Prénom :Date de naissance : Classe :Adresse :Code postal : Ville :Téléphone : Mail :Représentants légaux : Noms et prénoms :Nom et prénom de l’enseignant référent (si différent de l’émetteur de la demande) :**Notification(s) MDPH (préciser dates et si suivi effectif ou non) :****Aménagements existants :**🞏 RASED 🞏 AESH 🞏 SEGPA 🞏 ULIS 🞏 Matériel pédagogique adapté*Depuis le :***Suivi en cours ou en attente :**🞏 Hôpital de jour 🞏 CMP 🞏 Établissement médico-social 🞏 Libéral*Coordonnées :***Freins à la scolarité (élève, nature des difficultés rencontrées) :****Réponses déjà apportées (ex : emploi du temps, contenu pédagogique, outils, aménagement de l’espace de travail…) :****Ressources existantes déjà sollicitées :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dispositif(s) existant(s)** | **Commentaires** |
| P.A.I (Projet d’Accueil Individualisé) |  |
| P.P.R.E (Programme Personnalisé de Réussite Educative) |  |
| P.A.P (Plan d’Accompagnement Personnalisé) |  |
| P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarisation) |  |
| A.E.S.H |  |
| Dossier MDPHSi oui, nom de l’enseignant référent :Date de la dernière ESS : |  |
| Mesure éducative (AED – AEMO …) |  |
| Suivi médical ou paramédical externe à l’école (Suivi psychologique/ Psychomotricité / Orthophonie /…). |  |
| Matériel pédagogique adapté |  |

**Autres intervenants déjà contactés (ex : professeur ressource, EMR…) :** |
| **Exposé du contexte de la demande et des besoins identifiés** *(y compris en cas de renouvellement d’une prestation)* |
| **Contexte de la demande :****Besoins identifiés :** **Attendus en matière d’intervention pour la situation :**  |
| **Fiche de saisine remplie par :****Fonction :** **Date de l’envoi au prestataire :****Date et signature :*****Bénéficiaire :*** Le bénéficiaire a confirmé son accord pour la prestation prescrite et la démarche proposée lors de l’entretien. **Date et signature :**  |
| **Cadre réservé à l’Inspecteur de l’Éducation Nationale ou au chef d’établissement****Avis :** 🞏 Favorable 🞏 Non favorable**Remarques éventuelles :** **Signature :** |