**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 MDPH  Si 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 :** |