**ÉQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION**

**AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS LÉGAUX**

***Pour soutenir les professionnels de la communauté éducative dans la scolarité de votre enfant.***

[x]  **EMAS 89 SUD** [x]  **EMAS 89 NORD**

* Je soussigné.e en qualité de :

[x]  mère [x]  père [x]  tuteur.trice [x]  élève majeur [x]  délégation de tutelle

* Je soussigné.e en qualité de :

[x]  mère [x]  père

de l’élève scolarisé.e en classe de

Coordonnées de l’établissement scolaire :

Autorise(nt) :

[x]  Les échanges d’informations nécessaires à la compréhension de la situation de mon enfant entre les professionnels de l’Education Nationale et les professionnels de l’Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation.

[x]  Les échanges d’informations nécessaires à la compréhension de la situation de mon enfant entre les professionnels de l’Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation et les services médico-sociaux et sanitaires, la MDPH, les professionnels libéraux qui l’accompagnent.

[x]  L’observation de séquences pédagogiques et de situations de vie scolaire de mon enfant par les professionnels de l’Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation durant la période de l’intervention.

[x]  Des entretiens avec mon enfant et/ou ses représentants légaux, durant cette même période d’intervention.

[x]  L’équipe de l’EMAS à nous contacter au numéro suivant : ……………………

A , le A le

Signature Signature