**FICHE DE SAISINE EMAS**

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

**EMAS 89 NORD** [x]  emas89.sud@pepcbfc.org

Fiche à remplir et à transmettre pour avis :

* à l’IEN de circonscription pour le 1er degré ou au chef d’établissement pour le 2nd degré

Dès retour positif, le directeur d’école ou le chef d’établissement transmet par mail :

* au référent SEI (Service Ecole Inclusive) sei89@ac-dijon.fr
* à l’EMAS dont dépend l’établissement scolaire : emas89.nord@epnak.org emas89.sud@pepcbfc.org

|  |
| --- |
| **ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE** |
| Nom : ……………………………………………………………………Adresse : ………………………………………………………………..Téléphone : ……………………………………………………………..Mail : …………………………………………………………………… | Classe : ……………………………...Demandeur (nom et qualité): ………………………………………. |
| **MOTIF DE LA DEMANDE** |
| Quelle est la nature des difficultés rencontrées ? |  |
| Quelles sont les réponses déjà apportées ? *Ex : aménagements et/ou adaptations pédagogiques…* |  |
| **DEMANDE D’ACTION NON CIBLÉE POUR UN ÉLÈVE** |
| [x]  Action d’information et de sensibilisation ciblées sur les troubles particuliers dans le cadre de l’école inclusive. | Thème et public ciblé : …………………………………………………... ………………..……………………………………………………………..Motif de la demande : ……………………………………………………. ………………………………………………………………………………. |
| **DEMANDE D’ACTION ENVISAGÉE POUR UN ÉLÈVE** |
| [x]  Appui/conseil relatif aux particularités de la prise en charge de l’élève en situation de handicap. | * Analyser les difficultés avec les professionnels de la communauté éducative.
* Aider à la mise en place et l’appropriation des approches recommandées.
* Envisager de nouvelles pistes d’adaptations possibles.
 |
| [x]  Demande d’appui/expertise pour gestion d’une situation difficile avec l’élève en risque de situation de handicap ou de rupture de scolarité. | * Aider à la compréhension d’une situation et à identifier les ressources existantes.
* Envisager de nouvelles pistes d’adaptations possibles.
 |
| ***En cas de demande ciblée pour un élève, merci de remplir la rubrique « élève concerné » et de joindre le formulaire d’accord parental ou tuteurs légaux.*** |
| **ÉLÈVE CONCERNÉ** |
| Nom : …………………………………...................……….. Prénom : ………………………………….…………..Date de naissance : ……………………………………..…. Classe : …………………………………………...….. |
| **Dossier MDPH** | [x]  Oui [x]  Non [x]  Demande en cours  | Merci de nous fournir les éléments dont vous disposez (compte rendu d’équipe éducative, GEVA Sco 1ère demande ou réexamen, PPS, PPRE, PAP…). |
| **PPS** | Nom de l’Enseignant référent : …………………………………………………. |
| **Compensation(s) mise(s) en place** | **Compensation(s) en attente** |
| [x]  AESH | [x]  AESH |
| [x]  ULIS | [x]  ULIS |
| [x]  Matériel pédagogique adapté | [x]  Matériel pédagogique adapté |
| [x]  Adaptations pédagogiques | [x]  Adaptations pédagogiques |
| [x]  Scolarité partagée IME - ITEP | [x]  Scolarité partagée IME - ITEP |
| [x]  SESSAD | [x]  SESSAD |
| **Numéro LPI** | Livret Parcours Inclusif de l’élève : ………………………………………. |
| **Accompagnements internes** | Accompagnement RASED : [x]  Oui [x]  Non Précisez :…………………………………………………………………………………………….Accompagnement spécifique second degré : ……………………………………………………… |
| **Accompagnements externes** | Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral…) : ………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………... |

|  |
| --- |
| **REPRÉSENTANTS LÉGAUX** |
| Nom : ……………………………………………………………………………………………Prénom : …………………………………………………………………...............................Adresse : ………………….…………………………………………………………………….Téléphone : ………………………………………………………………..............................Mail : ……………………………………………………………………………………………. | [x]  Mère[x]  Père[x]  Tuteur ou délégation de tutelle[x]  Elève majeur |
| Informations données aux parents, tuteurs légaux, l’élève majeur, de la demande d’intervention de l’EMAS[x]  Oui [x]  Non | Recueil de l’autorisation parentale par le directeur d’école ou chef d’établissement **(Joindre l’autorisation parentale signée)**[x]  Oui [x]  Non |
| **RECUEIL DE L’AVIS HIÉRARCHIQUE** |
| Avis de l’IEN de circonscription : ……………………………… Date :……………………………………………………………... | Avis du chef d’établissement : …………………………..………………….. Date :…………………………………………………………………………… |

Rédacteur : Fonction :

Date de saisie : Signature :

***Une réponse sera apportée au demandeur sous un délai de 15 jours à réception de la fiche saisine par l’EMAS de votre secteur.***