**FICHE DE SAISINE EMAS**

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

**EMAS 89 NORD**  [emas89.nord@epnak.org](mailto:  emas89.nord@epnak.org) **EMAS 89 SUD** ☐ [emas89.sud@pepcbfc.org](mailto: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](mailto:sei89@ac-dijon.fr)
* à l’EMAS dont dépend l’établissement scolaire : [emas89.nord@epnak.org](mailto:emas89.nord@epnak.org) [emas89.sud@pepcbfc.org](mailto: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** | | | | |
| 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** | | | | |
| 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. | | |
| 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** | Oui  Non  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** | |
| AESH | | AESH | |
| ULIS | | ULIS | |
| Matériel pédagogique adapté | | Matériel pédagogique adapté | |
| Adaptations pédagogiques | | Adaptations pédagogiques | |
| Scolarité partagée IME - ITEP | | Scolarité partagée IME - ITEP | |
| SESSAD | | SESSAD | |
| **Numéro LPI** | Livret Parcours Inclusif de l’élève : ………………………………………. | | | |
| **Accompagnements internes** | Accompagnement RASED :  Oui  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 : ……………………………………………………………………………………………. | | Mère  Père  Tuteur ou délégation de tutelle  Elève majeur |
| Informations données aux parents, tuteurs légaux, l’élève majeur, de la demande d’intervention de l’EMAS  Oui  Non | Recueil de l’autorisation parentale par le directeur d’école ou chef d’établissement  **(Joindre l’autorisation parentale signée)**  Oui  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.***