



**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 1<sup>er</sup> degré ou au chef d'établissement pour le 2<sup>nd</sup> 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 : .....

<b>Dossier MDPH</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours	Merci de nous fournir les éléments dont vous disposez (compte rendu d'équipe éducative, GEVA Sco 1 <sup>ère</sup> demande ou réexamen, PPS, PPRE, PAP...).
	Nom de l'Enseignant référent : .....	
<b>PPS</b>	<b>Compensation(s) mise(s) en place</b>	<b>Compensation(s) en attente</b>
	<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> AESH
	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> ULIS
	<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté	<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté
	<input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques	<input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques
	<input type="checkbox"/> Scolarité partagée IME - ITEP	<input type="checkbox"/> Scolarité partagée IME - ITEP
	<input type="checkbox"/> SESSAD	<input type="checkbox"/> SESSAD
<b>Numéro LPI</b>	Livret Parcours Inclusif de l'élève : .....	
<b>Accompagnements internes</b>	Accompagnement RASED : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez : .....	
	Accompagnement spécifique second degré : .....	
<b>Accompagnements externes</b>	Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...) : ..... .....	

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : ..... Mail : .....	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur ou délégation de tutelle <input type="checkbox"/> Elève majeur
Informations données aux parents, tuteurs légaux, l'élève majeur, de la demande d'intervention de l'EMAS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recueil de l'autorisation parentale par le directeur d'école ou chef d'établissement <b>(Joindre l'autorisation parentale signée)</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>RECUEIL DE L'AVIS HIÉRARCHIQUE</b>	
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.**