

Annexe 5 – Fiche saisine établissement scolaire

Fiche saisine de l'Équipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) par l'établissement scolaire

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur (via carte interactive), aux copilotes PAS, en copie à l'adresse pas02dept@ac-amiens.fr

ÉLÈVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Niveau classe : <input type="text"/>
Coordonnées du représentant légal 1	Coordonnées du représentant légal 2
Nom et Prénom : <input type="text"/>	Nom et Prénom : <input type="text"/>
Adresse postale : <input type="text"/>	Adresse postale : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Adresse mail : <input type="text"/>	Adresse mail : <input type="text"/>
Je soussigné <input type="text"/>	Je soussigné <input type="text"/>
autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève. à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant.	autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève. à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant.
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>
Signature :	Signature :

**Il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical, ou du médico-social.*

ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Rédacteur : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal : <input type="text"/>

Annexe 5 – Fiche saisine établissement scolaire

Dossier MDPH	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> REFUS <input type="radio"/> DEMANDE EN COURS
Équipe éducative	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
ESS	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Numéro du LPI	<input type="text"/>
Accompagnements externes <i>(Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...))</i>	<input type="text"/>

DÉMARCHES ENTREPRISES

Quelles démarches ont déjà été entreprises pour cet élève ?

- Rendez-vous avec la famille ? OUI NON
- Bilans (effectués ou en cours) OUI NON
- La famille est-elle en attente de réponse de la MDPH ? OUI NON REFUS
- L'élève a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ? OUI NON

MOTIFS DE LA DEMANDE

Quelle est la nature des difficultés rencontrées ?

Quelles sont les réponses déjà apportées ?

LA DEMANDE D'ACTION ENVISAGÉE POUR L'ÉLÈVE

- Aménagements pédagogiques Soutien pédagogique et éducati
 Matériel Pédagogique Adapté