

FICHE DE SAISINE

Équipe Mobile d'Appui à la SColarisation

1° degré

Professionnel à l'origine de la demande

IMPORTANT : L'accord de la famille / des responsables légaux est un préalable à toute demande.
Autorisation signée le : ____ / ____ / ____

Nom :	Prénom :
Fonction :	
Téléphone :	Mail :

École concernée

Nom :	<input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Élémentaire
Circonscription :	IEN :
Adresse :	
Nom du directeur :	Avis <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Non-favorable
Téléphone :	Courriel :
	Date de la demande : / /

Situation de l'élève

Nom :	Prénom :
Date de naissance / /	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F
Classe de référence :	Dispositif ULIS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Notification MDPH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ERSEH :
AESH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nbre d'heures :	Tps de scol. : h Tps d'inclusion : h
Responsable légal de l'élève <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Autre :	
Lieu de vie de l'élève (ville) :	
Contact avec la famille <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Ponctuel <input type="checkbox"/> Rare	

Contexte de la demande

	Difficultés	Points forts		Difficultés	Points forts
Pour gérer ses relations avec ses pairs (lien aux autres, isolement, violences verbales/ physiques, comportements sociaux, intégration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour la gestion de son corps (image de soi, hygiène corporelle, motricité globale, motricité fine, coordination, déplacements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			Commentaire :		
Pour gérer les relations avec les adultes (autorité, gestion des remarques, crainte de l'adulte, proximité physique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour utiliser les supports pédagogiques (graphisme, organisation, planification, compréhension des consignes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			Commentaire :		
Pour assurer sa propre sécurité (mise en danger volontaire, compréhension des règles et risques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour se repérer dans le temps et l'espace (intégration des rythmes scolaires, repérage spatial, capacités d'organisation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			Commentaire :		
Pour communiquer (langage signé, oral ou écrit, prise de parole, initiation des interactions...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour maintenir son attention (Temps d'attention, distractibilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire : (précisez si outil de communication alternatif/augmentatif)			Commentaire :		
Pour gérer la frustration et les émotions (échec, crises, dysrégulation émotionnelle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Particularités sensorielles (Hypo ou hyper sensibilité au niveau des sens...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			Commentaire :		
Niveau attendu de sa classe de référence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Niveau global (préciser la classe) :		
Compléments enseignant (niveau de compétences, rappel des faits, contexte, autre...)					

Aides ou aménagements mis en place

Aides déjà apportées

Dispositif		Nom et fonction du professionnel
<input type="checkbox"/> RASED Si oui <input type="checkbox"/> Psy EN <input type="checkbox"/> Enseignant Spé		
<input type="checkbox"/> Membre de la circonscription		
<input type="checkbox"/> Référent du Pôle École Inclusive		
<input type="checkbox"/> Autre		
Aménagements	Précisions	
<input type="checkbox"/> PAI		
<input type="checkbox"/> PAP		
<input type="checkbox"/> PPRE		
<input type="checkbox"/> PPS		
Intervenants	Nom ou organisme	
<input type="checkbox"/> Plateforme médico-sociale		
<input type="checkbox"/> SESSAD		
<input type="checkbox"/> ASE		
<input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> CAMSP		
<input type="checkbox"/> Psychologue libéral		
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour		
<input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> CATTTP		
<input type="checkbox"/> Psychomotricien libéral		
<input type="checkbox"/> Orthophoniste libéral		
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute libéral		
<input type="checkbox"/> Éducateur libéral		
Autres		

Attentes vis-à-vis de l'EMASco

Appui/Conseil relatif à la scolarisation d'un élève en situation de handicap

(ex : réunions communes pour analyser les difficultés, s'approprier les approches recommandées et envisager de nouvelles pistes d'adaptation possibles)

Attendus:

Demande d'appui/expertise pour la gestion d'une situation de crise

(ex : réunion technique visant la compréhension d'une situation et les réaménagements envisageables)

Attendus:

Afin de pouvoir optimiser le traitement de la fiche de saisine et d'optimiser la réponse à vos besoins, merci de nous fournir tout document susceptible d'apporter des informations complémentaires sur l'élève (GEVA-Sco, bulletins scolaires, emploi du temps, comptes-rendus et bilans éventuels etc.)

Vos disponibilités pour une première rencontre

Prévoir environ 1h d'entretien avec, dans la mesure du possible, l'équipe accompagnant l'élève.

Validation de la demande

Avis de l'IEN :

- Favorable
 Défavorable

Date: ____ / ____ / ____

Signature :

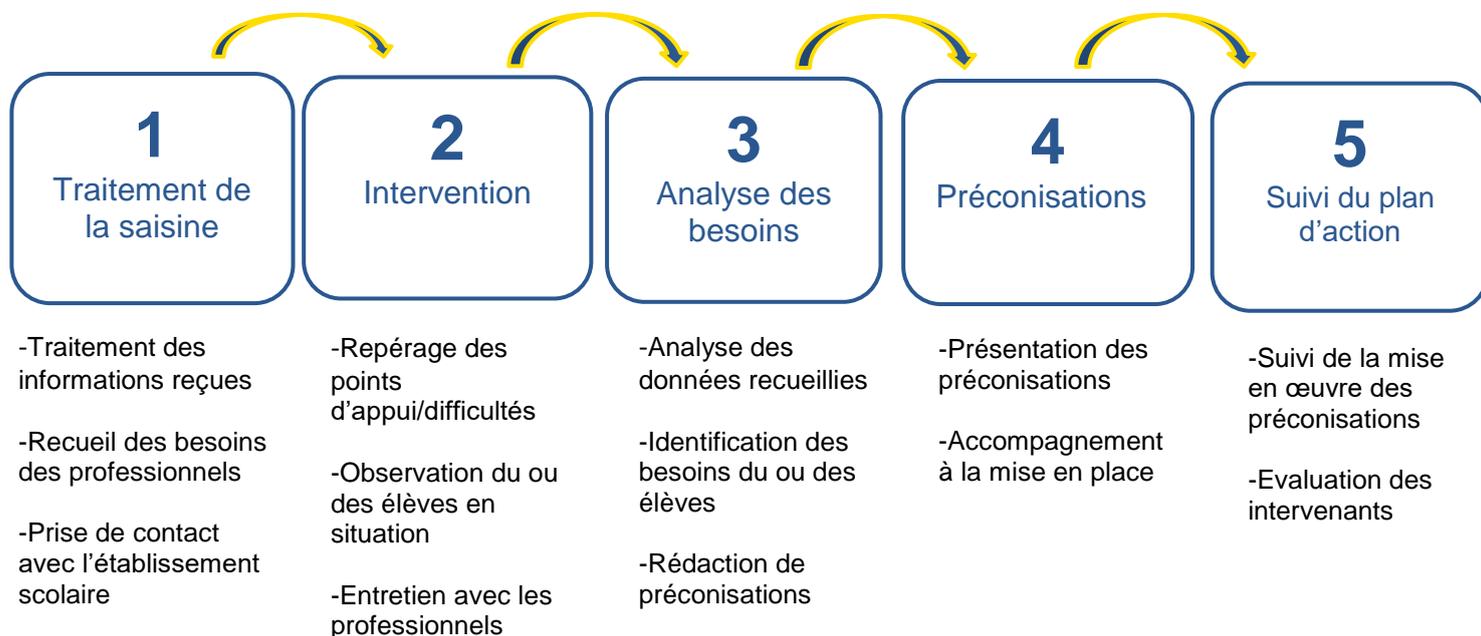
Autorisation parentale pour intervention de l'EMASCO

L'EMASCO est un dispositif médico-social financé par l'ARS, piloté par l'EPMS du Provinois, dont la finalité est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap ou en risque de handicap afin de prévenir les ruptures de parcours scolaire, en apportant une expertise et des ressources auprès de la communauté pédagogique et éducative.

Nos missions

- 1 **Conseiller**, participer à des actions de **sensibilisation** et de **formation** pour les professionnels des établissements scolaires accueillant un enfant en situation de handicap ou en risque de handicap.
- 2 Apporter **conseil et appui** à un établissement scolaire en cas de difficulté avec un enfant en situation de handicap ou en risque de handicap.
- 3 **Aider** la communauté éducative à gérer une **situation difficile** en lien avec un élève en situation de handicap ou en risque de handicap.
- 4 **Conseiller** les équipes pluridisciplinaires de la MDPH

Fonctionnement



Je soussigné, M./Mme....., représentant légal de l'enfant autorise l'Équipe Mobile d'Appui à la Scolarisation à venir observer mon enfant sur des temps de présence dans son établissement scolaire et à se mettre en lien avec les professionnels intervenants auprès de mon enfant.

Date: ____ / ____ / ____

Signature :