

|  |
| --- |
| **Fiche de Demande d’Intervention**  **de l’Equipe Mobile d’Appui Médico-Social à la Scolarisation**  (pour les Bassins de la Moyenne et de la Haute Vallée de l’Arve) |

*« La finalité des équipes mobiles d’appui est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative. »[[1]](#footnote-1)*

**Commune :** **Circonscription :**  **Secteur PIAL :**

**Nom de l’école / établissement :** **1er degré  2nd degré  PUBLIC  PRIVE**

**Mail et téléphone de l’établissement :**

|  |
| --- |
| **CONTEXTE DE LA DEMANDE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demande rédigée par** | | |
| **NOM & Prénom** | **Fonction** | **Mail et téléphone** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM et Prénom de l’enseignant ou du professeur principal**  **(si différent)** |  |
| **NOM, Prénom et mail du psychologue EN** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM et Prénom de l’élève concerné** |  | | **F** | **M** |
| **Date de naissance** | Cliquez pour entrer une date. | **Classe** |  | |

|  |
| --- |
| **Nature des difficultés rencontrées par le (les) professionnel(s)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Attentes et besoins de l’équipe pédagogique et éducative vis-à-vis de l’EMAS** |
|  |
| **Réponse(s) déjà apportée(s)** |
| **Ressources Education Nationale** :  Psychologue scolaire  Enseignant(s) Ressource(s)  Centre Médico-Scolaire  Conseiller Pédagogique de Circonscription (CPC)  RASED  Autre :  **Autre Ressources :**  Rencontre de la famille  Autre :  **Aménagements pédagogiques** :  Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)  Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)  Projet d'Accueil Individualisé (PAI)  Mise en Œuvre du Projet Pédagogique Spécialisé (MOPPS)  Programmation Adaptée des Objectifs d’Apprentissage (PAOA)  **Autre(s)** :  **Observation(s)** : |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT L’ELEVE** | |
|  | |
| **L’élève bénéficie-t-il d’une notification MDPH ?** | Oui  Non  Demande en cours |
| **Notification(s)** | AESH  ULIS  Matériel Pédagogique Adapté  SESSAD  Etablissement Médico-Social  Date : Cliquez pour entrer une date. |
| **Enseignant(e) Référent(e) (si existant)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Suivi(s) en Etablissement ou Service Médico-Social** (ESMS) | Oui  Non  En attente de place |
| Informations supplémentaires (Type, nom du service, etc.) : | |
| **Suivi(s) en Libéral** (orthophonie, ergothérapeute, etc.) | Oui  Non  En attente de place |
| Informations supplémentaires (Nom, contact du professionnel, etc.) : | |

|  |
| --- |
| **Frein(s) à la scolarité pour l’élève** |
|  |

|  |
| --- |
| **Point(s) d’appui(s) et Ressources de l’élève** |
|  |

**Date :** Cliquez pour entrer une date. **Signature du Directeur ou du Chef d’Etablissement**

**Ce document et la fiche d’autorisation parentale sont à adresser aux personnes suivantes :**

* Correspondante PIAL pour le bassin du Chablais et de l’Albanais - **Mme LOOBUYCK** : [correspondant-aesh-arve-chablais@ac-grenoble.fr](mailto:correspondant-aesh-arve-chablais@ac-grenoble.fr)
* Inspecteur de circonscription pour le premier degré
* Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation : [emas@championnet-asso.fr](mailto:emas@championnet-asso.fr)

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE AUX CORRESPONDANTES PIAL** |
| **Avis :  Favorable  Propositions autres** |



Madame, Monsieur,

La finalité des Equipes Mobiles d’Appui Médico-Social est de renforcer la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires mais aussi auprès de la communauté éducative.

Nous sommes particulièrement sensibles à la vie d’élève de votre enfant.

Nous souhaiterions solliciter l’Equipe Mobile d’Appui à la Scolarisation de l’Association Championnet pour réaliser une évaluation de la situation en vue d’apporter des recommandations aux professionnels de l’Education Nationale.

Afin de permettre leur intervention, nous aurions besoin de recueillir votre accord.

Nous soussignés (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Responsable légal de l’élève (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Autorisons l’équipe mobile d’appui à la scolarisation à :

* Intervenir afin de soutenir et de conseiller les professionnels sur la situation de mon enfant ;
* Contacter les autres professionnels de l’Education Nationale l’accompagnant ou l’ayant accompagné ;
* Contacter les professionnels extérieurs à l’Education Nationale le suivant ou l’ayant suivi ;
* Réaliser une observation en classe ;
* Accéder aux dossiers scolaires et bilans psychologiques et paramédicaux le concernant ;
* Participer à une équipe éducative ou à une équipe de suivi de la scolarité.

Remarques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nous vous remercions par avance de votre collaboration et vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, nos cordiales salutations.

Le Directeur ou le Chef d’établissement

Signatures des Responsables légaux Signature du Directeur ou le Chef d’établissement

1. *CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d’équipes mobiles d’appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap* [↑](#footnote-ref-1)