

Demande

- Avec l'accord de la famille, le directeur, le chef d'établissement ou l'enseignant remplit la **fiche de demande d'intervention** de l'EMAS.
- La famille remplit **l'autorisation parentale, co-signée avec le directeur ou le chef d'établissement.**

Transmission

- **La demande d'intervention est envoyée** aux correspondantes PIAL (Mme POZZI et Mme LOOBUYCK) ainsi qu'aux référents de l'EMAS (contact.emas@pepsmb.fr). Ainsi qu'une copie aux pilotes de PIAL : 1er degré = IEN de circonscription - 2nd degré = chef d'établissement de rattachement.
- **Elle doit obligatoirement être jointe de l'autorisation parentale co-signée.**

Traitement

- **La commission départementale de priorisation se réunit régulièrement**, sous l'autorité de l'IEN ASH (réunissant les correspondantes départementales PIAL, les enseignants ressources et un représentant de chaque EMAS), pour examiner les demandes.
- Une réponse est apportée aux directeurs et aux chefs d'établissements qui ont sollicité l'EMAS. L'information est transmise également aux pilotes de PIAL.

Intervention

- L'EMAS intervient en fonction du besoin de l'équipe pédagogique, cela peut se faire sous différentes formes :
- **Rencontres et échanges** avec les équipes de l'établissement scolaire ;
- **Observation de l'élève** à besoins éducatifs particuliers, en classe et/ou sur des temps périscolaires ;
- **Lien avec les partenaires** médico-sociaux ;
- **Rédaction et transmission de préconisations** (soins, suivis éducatifs, orientations, outils d'aménagements...) en fonction des besoins de l'élève ;
- **Accompagnement** de l'établissement scolaire sur l'élaboration et la mise en place d'outils d'aménagements

« 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

Commune :	Circonscription :	Secteur PIAL :
Nom de l'école / établissement :	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} degré <input type="checkbox"/> 2 nd degré <input type="checkbox"/> PUBLIC <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Date de naissance		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

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

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'ÉLÈVE

L'élève bénéficie-t-il d'une notification MDPH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours
Notification(s)	<input type="checkbox"/> AESH <input type="checkbox"/> ULIS <input type="checkbox"/> Matériel Pédagogique Adapté <input type="checkbox"/> SESSAD <input type="checkbox"/> Etablissement Médico-Social Date :
Enseignant(e) Référent(e) (si existant)	

Suivi(s) en Etablissement ou Service Médico-Social (ESMS)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente de place
Informations supplémentaires (Type, nom du service, etc.) :	
Suivi(s) en Libéral (orthophonie, ergothérapeute, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 :

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
- Correspondante PIAL pour les bassins Annécien et du Genevois - **Mme POZZI** : correspondant-aesh-annecy-genevois@ac-grenoble.fr
- Inspecteur de circonscription pour le premier degré
- Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation : contact.emas@pepsmb.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 des PEP74 (Pupilles de l'Enseignement Public de la Haute-Savoie) 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) : _____

Responsables légaux de l'élève (NOM, Prénom) _____

Autorisons l'équipe mobile d'appui à la scolarisation à (cochez les cases) :

Intervenir afin de soutenir et de conseiller les professionnels sur la situation de mon enfant ;

Contacteur les autres professionnels de l'Education Nationale l'accompagnant ou l'ayant accompagné ;

Contacteur 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

Attention la signature de l'ensemble des responsables légaux est obligatoire pour l'intervention de l'EMAS.

Signatures des Responsables légaux

Signature du Directeur ou le Chef d'établissement

L'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation - EMAS

Qui sommes-nous ?

Une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels paramédicaux et éducatifs qui intervient auprès des professionnels des établissements scolaires. Nous avons pour objectifs d'apporter :

- Des clefs de compréhension sur le fonctionnement de votre enfant dans son environnement scolaire
- Une expertise et des ressources supplémentaires aux établissements scolaires

Quand ?

Le personnel scolaire repère des **besoins éducatifs particuliers** chez un élève et souhaite un **regard complémentaire**
En **accord avec la famille**



Comment ?

Echanges avec les professionnels scolaires
Sessions d'observation
Actions de **sensibilisation**
Intervention ponctuelle qui **ne s'inscrit pas dans la durée**

Envers qui ?

Auprès des **personnels qui accompagnent l'enfant dans sa scolarité** (enseignants, AESH, ATSEM, AED...)



Par quels moyens ?

Lien avec les **partenaires** éventuels (structures, libéraux...)
Strict respect du **secret professionnel**

Où ?

Dans **l'environnement scolaire** de l'enfant (classe, récréations, cantine, garderie...)



Pas de bilans,
Pas de prise en charge, ni de soin
Pas de suivi familial

