

## Demande d'intervention de l'EMAS PEP 74

### Demande

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

### Transmission

- La **demande d'intervention** et l'**autorisation parentale** sont **envoyées** aux correspondantes PIAL (Caroline POZZI et Aurore DURIEUX) ainsi qu'aux référents de l'EMAS (contact.emas@pepsmb.fr), et copie aux pilotes de PIAL.

### Traitement

- La **commission départementale de priorisation** se réunit **deux fois par période**, sous l'autorité de l'IEN ASH réunissant les correspondantes départementales PIAL 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 :
- **Rencontre et échanges** avec les équipes de l'établissement scolaire ;
- **Observation de l'élève** à besoins éducatifs particuliers, en classe 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 ;
- **Sensibilisation** auprès des équipes pédagogiques et éducatives.

« 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. »<sup>1</sup>

Commune : \_\_\_\_\_ Circonscription : Cliquez \_\_\_\_\_ Secteur PIAL : Cliquez \_\_\_\_\_  
Nom de l'école / établissement : \_\_\_\_\_  1<sup>er</sup> degré  2<sup>nd</sup> degré  PUBLIC  PRIVE

## Contexte de la demande

### Demande rédigée par

NOM & Prénom	Fonction	Courriel et téléphone

NOM et Prénom de l'enseignant ou du professeur principal (si différent) \_\_\_\_\_

### Nature des difficultés rencontrées par le (les) professionnel(s)

### Besoins de l'Equipe Pédagogique et Educative vis-à-vis de l'Equipe Mobile d'Appui Médico-Social

### Réponse(s) déjà apportée(s)

**Ressources Education Nationale :**  Psychologue scolaire  Enseignant(s) Ressource(s)  RASED  ASH74  
 Plateforme « Cap école inclusive »  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)  
 Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)

**Autre(s) :** \_\_\_\_\_  
**Observation(s) :** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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

## Identification de l'élève

NOM Prénom		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Date de naissance		Classe	

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"/> AEEH <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 :	

Suivi(s) en Libéral (orthophonie, ergothérapeute, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En attente de place
Informations supplémentaires :	

## 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 est à adresser aux personnes suivantes :

- Correspondante PIAL pour le bassin du Chablais et de l'Albanais - Mme Durieux : [correspondant-aesh-arve-chablais@ac-grenoble.fr](mailto: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](mailto:correspondant-aesh-annecy-genevois@ac-grenoble.fr)
- Aux pilotes de PIAL
- Et une copie à l'EMAS : [contact.emas@pepsmb.fr](mailto:contact.emas@pepsmb.fr)

## CADRE RESERVE AUX CORRESPONDANTES PIAL

Avis :  Favorable  Défavorable <sup>2</sup>

Observations :

<sup>2</sup> Après « Avis Favorable », l'EMAS prendra contact avec l'établissement scolaire.

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 Médico-Social pour 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.

Je soussigné (NOM, Prénom) : \_\_\_\_\_,

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

Autorise 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 et extérieurs 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

Signature du Responsable légal

Signature du Directeur ou le Chef d'établissement