

**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-2)*

|  |
| --- |
| **Commune :Circonscription :** Cliquez **Secteur PIAL :Cliquez**  **Nom de l’école/établissement :** **☐ 1er degré ☐ 2nd degré ☐ PUBLIC ☐ PRIVE** |

|  |
| --- |
| **Contexte de la demande** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demande rédigée par :** | | |
| **NOM & Prénom** | **Fonction** | **Courriel** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| **Attente(s) & Besoins de la Communauté Educative vis-à-vis de l’Equipe Mobile d’Appui Médico-Social** |
| **☐ Conseil, participation à de actions de sensibilisation au handicap**  Précisions :  **☐ Apporter appui, conseil relatif à l’accompagnement pédagogique de l’élève en situation de handicap**  Précisions :  **☐ Demande d’appui, expertise pour la gestion d’une situation difficile**  Précisions :  **☐ Autre(s) :** |

|  |
| --- |
| **Réponse(s) déjà apportée(s)** |
| **Ressources Education Nationale : ☐ Psychologue scolaire ☐ Enseignant(s) Ressource(s) ☐ RASED ☐ASH 74**  **☐ Plateforme « Cap école inclusive » ☐ Autre :**  **Autres ressources : ☐ Rencontre de la famille ☐ Autre :**  **Aménagements pédagogiques : ☐ Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)**  **☐ Plan d’Accompagnement Personnalisé (PAP)**  **☐ Plan d’Accueil Individualisé (PAI)**  **Autre(s) :**  **Observations(s) :** |
| **Identification de l’élève** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM & Prénom** |  | | **☐ F** | **☐ M** |
| **Date de naissance** | Cliquez pour entrer une date | **Classe** | **Cliquez :** | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Suivi(s) en Etablissement ou Service Médico-Social** (ESMS) | **☐Oui ☐Non☐En attente de place** |
| **Informations supplémentaires :** | |
| **Suivi(s) en Libéral** (orthophonie, ergothérapeute, etc.) | **☐Oui ☐Non☐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 :** Cliquez pour entrer une date**Signature du Directeur ou du Chef d’Etablissement**

**Ce document est à adresser aux personnes suivantes :**

:

* Coordonnatrice PIAL pour le bassin du Chablais - **Mme Durieux** : *aurore.bastard@ac-grenoble.fr*
* Coordonnatrice PIAL pour les Bassins de l’Albanais-Annécien et du Genevois - **Mme Pozzi**  : [*caroline.pozzi@ac-grenoble.fr*](mailto:caroline.pozzi@ac-grenoble.fr)
* Pilotes du PIAL

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE A LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE PRIORISATION** |
| **Avis : ☐Favorable☐Défavorable [[2]](#footnote-3)**  **Observations :** |

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-2)
2. *Après « Avis Favorable », le présent document est à transmettre à :*

   *Coordination de l’EMAS CHAMPIONNET 74*

   *Contacts : Emilie BOCCARD – emilie.boccard@championnet-asso.fr*

   *Ella BOCHET – ella.bochet@championnet-asso.fr* [↑](#footnote-ref-3)