

Fiche de saisine de l'Équipe du pôle d'appui à la scolarité (PAS) par l'établissement scolaire

Rédacteur : <input type="text"/>	Fonction : <input type="text"/>
----------------------------------	---------------------------------

Date de saisie: <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------------------

ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : <input type="text"/>	Classe : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Demandeur (nom, qualité) : <input type="text"/>
Mail : <input type="text"/>	
Adresse : <input type="text"/>	

MOTIF DE LA DEMANDE

Quelle est la nature des difficultés rencontrées ?

Quelles sont les réponses déjà apportées ?

Ex : aménagements et/ou adaptations ...

DEMANDE D'ACTION ENVISAGÉE POUR L'ÉLÈVE

- ☐ Aménagements pédagogiques
- ☐ Soutien pédagogique et éducatif
- ☐ Matériel pédagogique adapté

DEMANDE D'ACTION ENVISAGÉE POUR L'ÉLÈVE				
Nom : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>		
Date de naissance : <input type="text"/>		Classe : <input type="text"/>		
Dossier MDPH	<input type="radio"/> Oui	Équipe éducative	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Non	ESS	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Demande en cours				
N° de LPI : <input type="text"/> (afin de permettre au coordonnateur d'obtenir l'information sur les différentes remédiations mises en place)				
Accompagnements externes	Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...) : <input type="text"/>			
REPRÉSENTANT LÉGAL 1				
Nom : <input type="text"/>		Téléphone: <input type="text"/>		
Prénom : <input type="text"/>		Mail : <input type="text"/>		
Adresse : <input type="text"/>				
Informations faites au représentant légal du recours au PAS en date du <input type="text"/>				
Signature :				
REPRÉSENTANT LÉGAL 2				
Nom : <input type="text"/>		Téléphone: <input type="text"/>		
Prénom : <input type="text"/>		Mail : <input type="text"/>		
Adresse : <input type="text"/>				
Informations faites au représentant légal du recours au PAS en date du <input type="text"/>				
Signature :				
CONTACTS				
pas74.cheran-rumilly@ac-grenoble.fr pas74.clergeon-rumilly@ac-grenoble.fr		pas74.renelong-alby@ac-grenoble.fr pas74.seyssel@ac-grenoble.fr		