

Fiche de saisine de l'équipe du Pôle d'Appui à la Scolarité (PAS)
Famille et élève majeur

COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom :		Date de naissance:	
Prénom :		Classe :	
Numéro de LPI :			

COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Représentant légal 1

Nom :		Téléphone :	
Prénom :		Mail :	

Représentant légal 2

Nom :		Téléphone :	
Prénom :		Mail :	

Les représentants déclarent être informés et donnent l'accord au PAS pour intervenir (observation) :
☐ OUI ☐ NON

Nom : Date et Signature :

COORDONNÉES ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : 	Enseignant(e) / Prof. principal(e):
Téléphone : 	
Mail : 	
Adresse : 	

PRISE DE CONTACT

Nom du demandeur : 	Date et signature :
Disponibilités : 	

DÉMARCHES DÉJÀ ENTREPRISES

- Quelles démarches ont déjà été entreprises au sein de l'établissement ?

Si oui, date

• PPRE

☐

oui

☐

non

• PAP

☐

oui

☐

non

• DOSSIER MDPH

☐

oui

☐

non

☐ en cours

- Quels suivis sont en place ?

Si oui, date

• Soins en libéral.

Précisez : ☐ orthophoniste

☐ ergothérapeute,

☐ psychomotricien

☐ psychologue

☐

oui

☐

non

autre :

• CAMPS

☐

oui

☐

non

• CMPI

☐

oui

☐

non

• CMP libéral

Précisez :

☐

oui

☐

non

• PCO

☐

oui

☐

non

☐ en cours

LA DEMANDE

Selon vous,

Quelles sont les réussites de votre enfant ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ?

Comment votre enfant se sent – il à l'école ?

Quelles sont vos attentes envers le PAS ?