

FICHE DE SAISINE

**Dispositif d'appui à la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers
 EMAS (Équipe Mobile d'Appui à la Scolarisation)**

Cette fiche complétée sera à transmettre par le directeur à l'IEN de circonscription ou par le chef d'établissement à l'IEN ASH :

Cette demande fait suite aux actions déjà entreprises au sein de l'école/établissement.

Préambule :

La finalité des équipes mobiles d'appui est [...] de permettre la prise en compte au plus tôt par la communauté éducative des besoins éducatifs particuliers des élèves en situation de handicap, en permettant aux établissements scolaires et à la communauté éducative, de s'appuyer de manière souple sur l'expertise et les ressources existantes dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Extrait de la circulaire n° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021 relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap

Fiche de saisine transmise par :

Fonction :

Date de saisine :

Signature :

Nom de l'établissement

scolaire :

Circonscription du 1^{er} degré pour les

écoles :

Adresse

postale :

Adresse mail :

Tél :

Personne à contacter :

NOM :

.....

Fonction :

.....

Tél :

Adresse mail :

Objet de la demande :

Merci de cocher et compléter l'action souhaitée

Action collective (conseil, sensibilisation, ...)

Précisez votre besoin :

.....

Action ciblée (appui technique équipe éducative sur une situation précise)

Précisez votre besoin :

.....

Si action collective, merci de compléter

Public visé :

Enseignants/Équipe pédagogique Personnel périscolaire AESH

Personnel de vie scolaire Personnel de Direction Élèves

Précisez votre besoin :

Informatif Cas pratiques, mises en situation

.....
.....
.....

Si action ciblée (accompagnement dans la prise en charge d'un élève),

Age de l'élève : **Classe de l'élève :**

Notification MDPH : OUI NON EN COURS

Dispositifs existants :

PPRE RASED PAP PAI PPS/MOPPS AESH SEGPA

ULIS MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE ADAPTÉ AUTRE

.....

Suivi en cours ou en attente :

SESSAD CAMSP PCO CMP CMPP Hôpital de jour

Libéral <input type="checkbox"/> Préciser :
Autre <input type="checkbox"/> Préciser :
Nature des difficultés rencontrées : - - -
Aménagements déjà proposés : - - -
Autres intervenants déjà contactés : - - -

Cadre réservé à l'IEN de circonscription ou au chef d'établissement	
Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> non favorable	
Motifs en cas d'avis non favorable :	
Signature :	
Cadre réservé à l'Enseignant Référent	
Avis : <input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> non favorable	
Motifs en cas d'avis non favorable :	
Signature :	N° de saisine :
Cadre réservé à l'EMAS (renvoyer au secrétariat de l'IEN ASH)	
Demande <input type="checkbox"/> validée <input type="checkbox"/> non validée	
Observations :	

.....
.....
.....
Plan d'intervention et pièce(s) jointe(s) en annexes

Date:

Signature: