

FICHE DE SAISINE

**Dispositif d'appui à la scolarisation des enfants et jeunes à besoins éducatifs particuliers
EMASco (Équipe Mobile d'Appui à la Scolarisation)**

Cette fiche complétée sera à transmettre par le demandeur à la coordonnatrice de l'EMASCO via
l'adresse mail :
emas.lékoklaya@kalitepouviv.fr

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 et collectivités, 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 :

Nom :

Fonction :

Date de saisine :

Signature :

Identification de la personne à contacter pour traiter la demande

Nom et Prénom :

Collectivité/Association/Service concerné(e) :

Adresse postale :
.....

Adresse mail :

Tél :

NATURE DE LA DEMANDE :

(Merci de cocher et compléter l'action souhaitée)

- ☐ Action collective de sensibilisation/formation/information
- ☐ Cas pratiques, mises en situation
- ☐ Action ciblée d'appui technique, ou préconisations pour gérer une situation difficile
- ☐ Autres (précisez) :

Merci de préciser ce qui motive la demande d'intervention

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si action collective, merci de compléter

Public visé :

- ☐ Personnel de collectivité ☐ Personnel ESMS ☐ PAS
- ☐ Personnel d'association ☐ Encadrants BAFA / BAFD
- ☐ Autres

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 ☐ Précisez : Autre ☐ Précisez :

Des intervenants, moyens, aménagements ont-ils déjà été mobilisés ?, si oui lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres observations (facultatif) :

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé à l'EMASco

N° de saisine :

Demande : Validée ☐ Non validée ☐

Observations :

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

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

Date :

Signature :