

FICHE DE SAISINE

Équipe Mobile d'Appui à la Scolarisation

2nd degré

IMPORTANT

L'accord de la famille / des responsables légaux est un préalable à toute demande.

Autorisation signée le : ___ / ___ / ___

Professionnel à l'origine de la demande

Nom		Prénom	
Fonction			
Téléphone		Mail	

Établissement scolaire concerné

Nom _____	<input type="checkbox"/> Collège	<input type="checkbox"/> Lycée
Principal/Proviseur _____	Principal adjoint _____	
Adresse _____		
Téléphone _____	Courriel _____	
CPE _____	Téléphone _____	
Courriel _____		
Professeur principal _____	Téléphone _____	
Courriel _____		
Psy EN _____	Téléphone _____	
Courriel _____		
Infirmière scolaire _____	Téléphone _____	
Courriel _____		
Assistante sociale _____	Téléphone _____	
Courriel _____		

Situation de l'élève

Nom _____	Prénom _____
Date de naissance ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F
Classe de référence _____	Dispositif <input type="checkbox"/> Ulis <input type="checkbox"/> SEGPA <input type="checkbox"/> Autre _____
Notification MDPH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ERSEH _____
AESH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nbre d'heures: _____	Tps de scol. ___h Tps d'inclusion ___h

Contexte de la demande

	Difficultés	Points forts		Difficultés	Points forts
Pour gérer ses relations avec ses pairs (lien aux autres, isolement, violences verbales / physiques, comportements sociaux, intégration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour la gestion de son corps (image de soi, hygiène corporelle, motricité globale, motricité fine, coordination, déplacements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire _____			Commentaire _____		
Pour gérer les relations avec les adultes (autorité, gestion des remarques, crainte de l'adulte, proximité physique...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour utiliser les supports pédagogiques (graphisme, organisation, planification, compréhension des consignes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire _____			Commentaire _____		
Pour assurer sa propre sécurité (mise en danger volontaire, compréhension des règles et des risques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour se repérer dans le temps et l'espace (intégration des rythmes scolaires, repérage spatial, capacités d'organisation...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire _____			Commentaire _____		
Pour communiquer (langage signé, oral ou écrit, prise de parole, initiation des interactions...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour maintenir son attention (Temps d'attention, distractibilité...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(précisez si outil de communication alternatif/augmentatif) Commentaire _____			Commentaire _____		
Pour gérer la frustration et les émotions (échec, crises, dysrégulation émotionnelle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Particularités sensorielles (Hypo ou hyper sensibilité au niveau des sens...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire _____			Commentaire _____		

Niveau de compétences par rapport au socle commun

Niveau attendu de sa classe de référence Oui Non

Niveau global (préciser la classe) _____

Compléments enseignant (rappel des faits, contexte, autre...)

Aides ou aménagements mis en place

Aides déjà apportées

Dispositif

Nom, fonction et coordonnées du professionnel

Psy EN

Référent du Pôle École Inclusive

Autre _____

Aménagements

Précisions

PAI

PPS

PAP

PPRE

Aides ou aménagements mis en place (suite)

Intervenants	Nom ou organisme
<input type="checkbox"/> Aucun	_____
<input type="checkbox"/> Plateforme médico-sociale	_____
<input type="checkbox"/> SESSAD	_____
<input type="checkbox"/> ASE	_____
<input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> CAMSP	_____
<input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> CATTP <input type="checkbox"/> Hop. de jour	_____
<input type="checkbox"/> Psychologue libéral	_____
<input type="checkbox"/> Psychomotricien libéral	_____
<input type="checkbox"/> Orthophoniste libéral	_____
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute libéral	_____
<input type="checkbox"/> Éducateur libéral	_____
Autres _____	_____

Famille de l'élève

Responsable légal de l'élève	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres :
Lieu de vie de l'élève (ville)	_____
Contact avec la famille	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Ponctuel <input type="checkbox"/> Rare

Attentes vis-à-vis de l'EMAS

Appui/Conseil relatif à la scolarisation d'un élève en situation de handicap et/ou pour la gestion d'une situation de crise

Attendus:

Vos disponibilités pour une première rencontre

Prévoir environ 1h d'entretien avec l'équipe accompagnant l'élève

Documents complémentaires à fournir (avec accord de la famille)

- Compte rendu équipe éducative / GEVA-Sco
- Bulletins scolaires
- Emploi du temps

- PAP/PPRE
- Bilans éventuels

Validation de la demande

Avis du principal/proviseur

- Favorable
- Défavorable

Date: ___ / ___ / ___

Signature

Autorisation parentale pour intervention de l'EMAS (Équipe Mobile d'Appui à la Scolarisation)

L'EMA-Sco est un dispositif médico-social financé par l'ARS, piloté par l'EPMS Fondation Hardy, dont la finalité est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap, en apportant une expertise et des ressources auprès de la communauté éducative.

Nos missions

- 1** Conseiller, participer à des actions de **sensibilisation** et de **formation** pour les professionnels des établissements scolaires accueillant un enfant en situation de handicap.
- 2** Apporter **conseil** et **appui** à un établissement scolaire en cas de difficulté avec **un enfant en situation de handicap**.
- 3** Aider la communauté éducative à gérer une **situation difficile** en lien avec un élève en situation de handicap.
- 4** Conseiller les équipes pluridisciplinaires de la MDPH.

Fonctionnement



Je soussigné, M./Mme _____, autorise:

- l'EMAS à venir observer mon enfant, _____, sur des temps de présence dans son établissement scolaire.
- l'équipe pédagogique à fournir à l'EMAS des documents relatifs à la scolarisation de mon enfant.

Date: ____ / ____ / ____

Signatures

NB : suite à nos interventions, une copie des préconisations de l'EMAS vous sera remise par l'équipe enseignante.