



Fiche de sollicitation

Équipe mobile d'appui médico-social à la scolarisation

“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).”

Circulaire 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

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

La fiche de saisine donne lieu à une première rencontre avec l'équipe de l'EMAS lors de laquelle sont définis les axes d'intervention et les modalités de la collaboration.

Si votre demande concerne un enfant en particulier, nous vous remercions de joindre à ce document la fiche de consentement de la famille.

<p>Établissement scolaire</p>	<p>Nom du directeur / chef d'établissement :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Courriel :</p> <p>Circonscription :</p>
<p>Porteur de la demande (Préciser le Nom / Prénom et les coordonnées directes)</p>	<p><input type="checkbox"/> IEN :</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue de l'Éducation Nationale :</p> <p><input type="checkbox"/> Directeur / chef d'établissement :</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignant :</p> <p><input type="checkbox"/> Coordonnateur PIAL :</p> <p><input type="checkbox"/> AESH Préciser si individuel, mutualisé, collective :</p> <p><input type="checkbox"/> Vie scolaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres Préciser la fonction :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p>

<p>Demande pour</p>	<p><input type="checkbox"/> Le porteur de la demande lui-même</p> <p><input type="checkbox"/> Pour l'équipe <i>Merci de préciser les fonctions et le nombre de personnes envisagées :</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Attentes vis-à-vis de l'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation</p>	<p><input type="checkbox"/> Action de sensibilisation, information, éclairage <i>Préciser le thème :</i></p> <p><i>Par exemple : Présentation de l'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation, Troubles du neuro développement, Troubles déficitaires de l'attention (avec / sans hyperactivité), Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), Troubles du langage oral (dysphasie), Trouble développemental de la coordination (dyspraxie, dysgraphie), Troubles du spectre de l'autisme, Déficience intellectuelle, Haut Potentiel Intellectuel ...</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Appui et conseils relatifs à l'accompagnement d'un ou plusieurs élèves à besoins éducatifs particuliers</p> <p><i>Par exemple : analyse des ressources favorables à l'inclusion, soutien à la mise en pratique d'outils et d'aménagements, observation en classe, aide à la construction de sensibilisation auprès des élèves, apport de références théoriques ...</i></p> <p><input type="checkbox"/> Intervention directe, <u>à titre exceptionnel</u>, auprès d'un enfant à risque de rupture de déscolarisation</p> <p><i>Par exemple : aide à la coordination de la situation, intervention au sein de la classe ...</i></p>
<p>A titre exceptionnel, élève concerné (à remplir si l'attente n'est pas une sensibilisation)</p>	<p>Date de naissance : Classe :</p> <p>Notification MDPH / Compensation mise en place :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours</p>
<p>Nature des difficultés rencontrées face à la situation</p> <p>Y a-t-il des freins observés ? Lesquels ?</p> <p>Y a-t-il des compétences et des ressources identifiées ? Lesquelles ?</p>	

<p>Aménagements et ou réponses déjà apportées en classe</p>	
<p>Sollicité avant la saisine</p>	<p><i>Réseau interne à l'Education Nationale :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pôle Ressource (RASED, RESPIR, PREHP...)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :</p> <p><i>Réseau externe à l'Education Nationale :</i></p> <p><input type="checkbox"/> CMP / CMPP</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Jour</p> <p><input type="checkbox"/> Etablissement médico-social</p> <p><input type="checkbox"/> Soignants libéraux</p> <p><input type="checkbox"/> Autres <i>Préciser :</i></p>
<p>Avis*</p>	<p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p>Date de validation : Signature :</p> <p><small>* Premier degré du public : Avis de l'IEN via le Directeur de l'école Secteur privé ou second degré public : Avis du chef d'établissement</small></p> <p>Mettre en copie impérativement l'Enseignant Référent ainsi qu'un pilote et/ou co-pilote du PIAL si l'AESH est à l'origine de la demande</p>