****

**Équipe Mobile d’Appui à la Scolarisation**

Fiche de saisine premier degré

Document à retourner complété aux adresses suivantes :

[**emas25@ahs-fc.fr**](mailto:emas25@ahs-fc.fr)**/** [**celine.minervini@ahs-fc.fr**](mailto:celine.minervini@ahs-fc.fr) **/** [**ce.ienb5.dsden25@ac-besancon.fr**](mailto:ce.ienb5.dsden25@ac-besancon.fr)

*NB : Pour une meilleure lisibilité, privilégiez la transcription des éléments en version informatique*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personne à l’origine de la demande** | Nom Prénom :  Fonction :  **🕿** :  **@** : | | Date de la demande : |
| **Établissement scolaire concerné** | L’établissement :  **🖃 :**  **🕿 :** | | Nom du responsable d’établissement :  **🕿 :**  **@ :**  Jour(s) de disponibilité pour le premier contact : |
| **Équipe de circonscription** | IEN :  Conseiller pédagogique intervenu sur la situation : | | |
| **PIAL de référence** | Nom et coordonnées du coordinateur : | | Réseau d’éducation : |
| **Nature de la demande** | Appui et conseil en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap avéré ou suspecté  Sensibilisation pour les professionnels des établissements scolaires sur un trouble ou un handicap | | |
| **Si la demande concerne un élève** | Nom Prénom : M. F.  Date de naissance : / / Classe : | | |
| **Famille ou responsable légal** | Information donnée à la famille :  Oui, le……………… (date)  Non | | Coordonnées :  **🖃 :**    **🕿 :**  **@ :** |
| **Équipe scolaire** | Nom de l’enseignant :  **🕿 :**  **@ :** | | Nom de l’AESH :  Coordonnées :  Individualisée :  Mutualisée : |
| **Équipe périscolaire** | Concernée par la demande :  oui  non | | Nom et coordonnées : |
| **Reconnaissance de la situation de handicap** | oui  1ère demande en cours d’étude par la MDPH  démarche évoquée mais non réalisée  non | Nature des notifications ou demandes en cours  *ex : AESH, ULIS, établissement médico-social (DAME, DITEP (ex-SESSAD ou IME)) :* | |
| **Enseignant référent ERSEH** |  | | |
| **Ressources EN sollicitées en amont avec noms et coordonnées** (médecin scolaire, psychologue, conseiller pédagogique, intervenants du RASED, etc..) |  | | |
| **Partenaires hors EN identifiés avec noms et coordonnées** (service de soins, service médico-social, service social, professionnel libéral, etc..) |  | | |
| **Constats motivant la demande : difficultés rencontrées, points d’appui.** |  | | |
| **Actions et aménagements déjà mis en place** |  | | |
| **Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l’EMAS ?** |  | | |
| **Éléments de la circonscription :** | Éléments nécessaires à transmettre à l’EMAS :  *Possibilité d’un échange téléphonique avec la cheffe de projet* | | |