



FICHE DE SAISINE EMAS
EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION

EMAS 89 NORD emams89@epnak.org

EMAS 89 SUD emas89.sud@pepcbfc.org

Fiche à remplir en 2 exemplaires :

- 1 exemplaire Education Nationale à transmettre
 - à l'IEN de circonscription qui après avis transmettra au référent SEI (Service Ecole Inclusive) = sei89@ac-dijon.fr, pour le 1^{er} degré
 - au chef d'établissement qui après avis transmettra au référent SEI (Service Ecole Inclusive) = sei89@ac-dijon.fr, pour le second degré
- 1 exemplaire à transmettre à l'EMAS dont dépend l'établissement scolaire

ECOLE / ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom:	Classe :
Adresse :	Enseignant ou Professeur Principal :
Téléphone :
Mail :

DEMANDE POUR UN ELEVE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Classe :

Dossier MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si Oui, Merci de nous fournir les éléments de la notification dont vous disposez. Merci de joindre le PPS.
	<input type="checkbox"/> Demande en cours	Si Demande en cours, éléments dont vous disposez - Merci de joindre le GEVASCO
	Nom de l'Enseignant référent :	
	Compensation mise en place	
	<input type="checkbox"/> AESH	<input type="checkbox"/> AESH
	<input type="checkbox"/> ULIS	<input type="checkbox"/> ULIS
	<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté	<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté
	<input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques	<input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques
	<input type="checkbox"/> Scolarité partagée IME - ITEP	<input type="checkbox"/> Scolarité partagée IME - ITEP
	<input type="checkbox"/> SESSAD	<input type="checkbox"/> SESSAD
Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...) :		
Numéro LPI – Livret Parcours Inclusif de l'élève :		
Accompagnements internes	Accompagnement RASED : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Accompagnement spécifique second degré :	

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom:	<input type="checkbox"/> Mère
Prénom :	<input type="checkbox"/> Père
Adresse :	<input type="checkbox"/> Tuteur
Téléphone:	<input type="checkbox"/> Elève majeur
Mail :	<input type="checkbox"/> ASE

Informations données aux parents, tuteurs légaux et à l'élève sur le demande auprès de l'EMAS
 Oui Non

Accord pour partage d'informations si intervention
(Joindre le document signé)
 Oui Non

AVIS HIERARCHIQUE

Avis de l'IEN de circonscription :

Avis du chef d'établissement :

MOTIF DE LA DEMANDE

Quelles est la nature des difficultés rencontrées ?

Quelles sont les réponses déjà apportées ?

HYPOTHESE D' ACTIONS ENVISAGEES

Appui/conseil relatif aux particularités de la prise en charge de l'élève en situation de handicap

- Analyser les difficultés avec les professionnels de la communauté éducative + SEI
- Aider à la mise en place et l'appropriation des approches recommandées
- Envisager de nouvelles pistes d'adaptation possibles

Demande d'appui/expertise pour gestion d'une situation difficile avec l'élève

- Organiser une réunion technique avec la communauté éducative + SEI visant la compréhension d'une situation et les réaménagements envisageables

AUTRES ACTIONS NON CIBLEES POUR UN ELEVE

Actions d'information, de sensibilisation auprès de tout ou partie de la communauté éducative sur des thèmes liés au handicap et à l'inclusion scolaire

Thème et public ciblé :

 Motif de la demande :

Rédacteur : Fonction :

Date de saisie : Signature :

AVIS DE LA COMMISSION EMAS/SEI

Avis <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	Date :
	Nom et fonction du représentant EMAS présent :
	Nom du Référent SEI présent :