**ACCOMPAGNEMENT**

**EQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION**

**Je soussigné(e), NOM : …………………………………….. Prénom : …………………………………….., père/mère responsable légal de l’enfant concerné ……………………………………………déclare être informé des objectifs et modalités d’accompagnement des équipes mobiles d’appui à la scolarisation, et autorise l’équipe enseignante à en faire la saisine pour l'année scolaire en cours.**

**Fait à :………………. Le : ………………….**