|  |
| --- |
| **FICHE DE SAISINE INITIALE****EQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION – 1er degré** |

**IMPORTANT**

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

**Autorisation pour l'année scolaire en cours signée le :**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DE LA DEMANDE :** | **NUMERO DE SAISINE :** |

|  |
| --- |
| **PROFESSIONNEL A L’ORIGINE DE LA DEMANDE** |
| **NOM :**  | **Prénom :**  |
| **Fonction :**  |
| **Téléphone :**  | **Courriel :**  |

|  |
| --- |
| **ECOLE CONCERNEE** |
| **Nom :**  | **🞏 Maternelle** | **🞏 Elémentaire** |
| **Circonscription :**  | **I.E.N. :**  |
| **Adresse :**  |
| **Nom du Directeur :**  |
| **Téléphone :** | **Courriel :** |
| **Avis Directeur :**  | **Date réception demande par I.E.N. :**  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION SITUATION ELEVE** |
| **NOM :**  |
| **Prénom :**  | Date de naissance : | **🞏** G | **🞏** F |
| Classe de référence :  | **🞏** | Demi-pensionnaire  | **🞏** | Accueil périscolaire |
| Notification M.D.P.H. :  | **🞏** | Oui | **🞏** | Non | E.R.S.E.H. :  | N° dossier : |
| **CONTEXTE DE LA DEMANDE** |
| **Attitudes face aux règles de la vie sociale** | **Gestion des actes de la vie quotidienne** |
|  | **Difficultés** | **Points forts** |  | **Difficultés** | **Points forts** |
| **Pour gérer ses relations avec ses pairs**(lien aux autres, isolement, violences verbales / physiques, comportements sociaux, intégration…) | **🞏** | **🞏** | **Pour la gestion de son corps**(image de soi, hygiène corporelle, motricité globale, motricité fine, coordination, déplacements…) | **🞏** | **🞏** |
| **Pour gérer les relations avec les adultes**(autorité, gestion des remarques, crainte de l’adulte, proximité physique…) | **🞏** | **🞏** | **Pour utiliser les supports pédagogiques** (graphisme, organisation, planification, compréhension des consignes…) | **🞏** | **🞏** |
| **Pour assurer sa propre sécurité**(mise en danger volontaire, compréhension des règles et des risques…) | **🞏** | **🞏** | **Pour se repérer dans le temps et l’espace** (intégration des rythmes scolaires, repérage spatial, capacités d’organisation…) | **🞏** | **🞏** |
| **Pour communiquer**(langage signé, oral ou écrit, prise de parole, initiation des interactions…) | **🞏** | **🞏** | **Pour maintenir son attention**(intégration des rythmes scolaires, repérage spatial en cour de récréation…) | **🞏** | **🞏** |
| **Pour gérer la frustration et les émotions**(échec, crises, régulation émotionnelle…) | **🞏** | **🞏** | **Particularités sensorielles**(absence de réactions, sensibilité au niveau des 5 sens…) | **🞏** | **🞏** |
| **NIVEAU DE COMPETENCE PAR RAPPORT AU SOCLE COMMUN** |
| **Niveau attendu de sa classe de référence**  | **🞏** Oui  **🞏** Non | Niveau global : |
| **DOMAINE 1 : LES LANGAGES POUR PENSER ET COMMUNIQUER** *(Français, Mathématiques, Arts, Langue vivante étrangère, EPS…) :* | **DOMAINE 3 : LA FORMATION DE LA PERSONNE ET DU CITOYEN** *(Maitriser l’expression de sa sensibilité et de ses opinions respecter celle des autres, comprendre la règle et le droit, développer son esprit critique, formuler une opinion…)* |
|  | **DOMAINE 4 : LES SYSTEMES NATURELS ET TECHNIQUES** *(Savoir mener une démarche scientifique, appliquer les consignes respecter les règles relatives à la sécurité et au respect de la personne et de l’environnement…)* |
| **DOMAINE 2 : LES METHODES ET LES OUTILS POUR APPRENDRE** *(Maitriser des outils numériques, mémorisation, procédures…)* | **DOMAINE 5 : LA REPRESENTATION DU MONDE ET L’ACTIVITE HUMAINE HISTOIRE / GEOGRAPHIE** *(Savoir ordonner un récit, se repérer dans l’espace et le temps)* |
| **Compléments enseignant** (rappel des faits, contexte, autre…)**:**  |

|  |
| --- |
| **AIDES OU AMENAGEMENTS MIS EN PLACE** |
| **AIDES DEJA APPORTEES** |
| **🞏** | R.A.S.E.D.  |  |
| **🞏** | Appui d’un membre de la circonscription | Lequel ? :  |
| **🞏** | Appui d’un référent du Pôle Ecole Inclusive | Lequel ? : |
| **🞏** | Autre (précisez) :  |  |
| **OUTILS MIS EN PLACE** |
| **🞏** | Plan d’Accompagnement Individualisé | Précisez : |
| **🞏** | Plan d’Accompagnement Personnalisé | Précisez :  |
| **🞏** | Programme Personnalisé de Réussite Educative | Précisez : |
| **🞏** Autre (précisez) :   |
| **AUTRES INTERVENANTS CONNUS** |
| **🞏** | Aucun |
| **🞏** | S.E.S.S.A.D. (précisez le ou lesquels) : |
| **🞏** | A.S.E., référent :  |
| **🞏** | C.M.P.P. / C.A.M.S.C.P. :   |
| **🞏** | C.M.P. / C.A.T.T.P. / Hôpital de jour / U.A.F.T. (Scoubidou) - Secteur :  |
| **🞏** | Psychologue scolaire ou libéral :  |
| **🞏** | Psychomotricien :  |
| **🞏** | Orthophoniste : |
| **🞏** | Ergothérapeute : |
| **🞏** | Autres (précisez) : |
| **RELATIONS AVEC LA FAMILLE** |
| **Responsable légal de l’élève :**  | **🞏** | Parents | **🞏** |  Père  | **🞏** | Mère | **🞏** | Autres : |
| **Qualité des relations avec la famille** (ou référent social) :  |
| **Coordonnées des parents :**  |
| **Nom du Parent 1 :**  | **Nom du Parent 2 :** |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse :  | Adresse (si différente) :  |
| Téléphone : | Téléphone :  |
| Courriel :  | Courriel : |
| Eventuellement, coordonnées du service social de référence :  |
| Nom du service :  | Personne référente :  |
| Téléphone :  | Courriel :  |

|  |
| --- |
| **ATTENTES VIS-A-VIS DE L’EQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION** |
| **SENSIBILISATION AU HANDICAP DE L’ELEVE** (ex : actions de sensibilisation et de formation sur le handicap ; sensibilisation et formation aux outils d’adaptation et d’accompagnement) |
| **Attendus :**  |
| **APPUI/CONSEIL RELATIF A LA SCOLARISATION DE L’ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP** (ex : réunions communes pour analyser les difficultés, s’approprier les approches recommandées et envisager de nouvelles pistes d’adaptation possibles) |
| **Attendus :**  |
| **DEMANDE D’APPUI/D’EXPERTISE POUR LA GESTION D’UNE SITUATION DE CRISE** (ex : réunion technique visant la compréhension d’une situation et les réaménagements envisageables) |
| **Attendus :**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de validation de la demande à la Circonscription :** | **Date de réception de la demande par E.M.A.S. :**  |
| **Avis et signature de l'I.E.N. :****Favorable 🞏****Défavorable 🞏** | **Validation de la demande par E.M.A.S. :**  |
| **N° de la demande :** |
| **Délai de validation :**  |
| **Date de fin de la demande :**  |