|  |
| --- |
| **FICHE DE SAISINE**  **EQUIPE INTEGREE – 1er degré** |

**IMPORTANT**

**L’information de la famille / des responsables légaux est un préalable obligatoire.**

**L’enseignant doit être d’accord avec le protocole.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PHASE 1 : OBSERVATION ET EVALUATION DES BESOINS *(à compléter par l’équipe pédagogique)*** | | |
| **DATE DE LA SAISINE :** | **ORIGINE DE LA DEMANDE :** | **PROFESSIONNEL EPMS DU SECTEUR :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ECOLE CONCERNEE** | | |
| **Nom :** | **🞏 Maternelle** | **🞏 Elémentaire 🞏 Primaire** |
| **Circonscription :** | **I.E.N. :** | |
| **Adresse :** | | |
| **Nom du Directeur :** | | |
| **Téléphone :** | **Courriel :** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 : | | |
| Nom et prénom des représentants légaux : | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | | | | Courriel : | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDURES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PHASE 1** | | | | | |
| **Avis et signature du directeur :**  Favorable 🞏  Défavorable 🞏 | | **Avis et signature de l’enseignant :**  Favorable 🞏  Défavorable 🞏 | | | **Avis et signature des parents. :**  Favorable 🞏  Défavorable 🞏 |
| **Date de signature de la charte de coopération :** | | | | | |
| **Avis de l'I.E.N. :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable**  **Date de validation par IEN :**  **Signature de l’IEN** | | | **Avis de l’EPMS de Chancepoix :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable**  **Date de validation par l’EPMS de Chancepoix :**  **Signature de l’EPMS de Chancepoix :** | | |
| **Date de la réunion bilan de la phase 1 :** | | | | | |
| **PHASE 2 : PROPOSITION D’AIDE SUITE AUX OBSERVATIONS**  **(à compléter par l’éducatrice spécialisée de l’EPMS de Chancepoix)** | | | | | | |
| **POURSUITE DE L’INTERVENTION DE L’EQUIPE INTEGREE AUPRES DE L’ELEVE**  🞏 CONTRAT D’ACCOMPAGNEMENT notification plateforme | | | | | | |
| **OBJECTIFS** | | | | | | |
| **MODALITES Préciser les jours, lieux (en classe, hors), individuelle ou groupale :** | | | | | | |
| **DUREE : Début : Fin :** | | | | | | |
| 🞏 **AUTRES DISPOSITIFS** | | | | | | |
| 🞏 CONTRAT D’ACCOMPAGNEMENT notification plateforme  🞏 Autres (à réfléchir en ESS) | | | | | | |
| **Avis du directeur :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable**  **Date de validation par le directeur :**  **Signature du directeur :** | **Avis de l’EPMS de Chancepoix :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable**  **Signature de l’EPMS de Chancepoix :** | | | **Avis des parents :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable**  **Date et signature des parents :** | |

***- Envoi de la fiche à l’IEN (ce.0771605b@ac-creteil.fr)***

|  |
| --- |
| **PHASE 3 : BILAN DES ACTIONS MENEES DANS LE CADRE DE L’EQUIPE INTEGREE** |
| **BILAN PAR OBJECTIF** |
|  |
| **PROPOSITIONS / SUITE A DONNER** |
| **🞏 Prolongation de l’accompagnement de « l’équipé intégrée »**  **🞏 Fin de l’intervention**  **🞏 Autres** |

***- Envoi de la fiche à l’IEN (ce.0771605b@ac-creteil.fr)***