|  |
| --- |
| **FICHE RENOUVELLEMENT DE SAISINE POUR L'ANNEE SCOLAIRE EN COURS**  **EQUIPE MOBILE D’APPUI A LA SCOLARISATION** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° SAISINE INITIALE :** | **DATE DE LA DEMANDE INITIALE :** | **DATE DEMANDE :** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ETABLISSEMENT SCOLAIRE CONCERNE** | |
| **Nom :** | |
| **Téléphone :** | **Courriel :** |
| Directeur/Chef d'établissement\*: | |
| Circonscription : | I.E.N. : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAPPEL SITUATION ELEVE** | | |
| **NOM :** | | |
| **Prénom :** | Date de naissance : | Classe : |
| **ATTENTES COMPLEMENTAIRES DU PROFESSIONNEL SUITE A SAISINE INITIALE** | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATE DE RECEPTION ET AVIS DIRECTEUR ECOLE :** | **DATE DE RECEPTION I.E.N / CHEF D'ETABLISSEMENT\* :** | **DATE DE RECEPTION DEMANDE PAR E.M.A.S. :** |
| **🞏 Défavorable**  **🞏 Favorable** | **Avis et signature de l'I.E.N. / Chef d'établissement :**  **🞏 Favorable**  **🞏 Défavorable** | **Validation de la demande par E.M.A.S. :** |