

Équipe Mobile d'Appui médico-social à la Scolarisation

(Réservé à l'EMAS)	SAISINE INDIVIDUELLE	
N° :	Secteur :	Date de réception :

NOM : **Prénom** :

Date de naissance : ... / ... / ...

Résidence :

Parents – domicile familial Résidence père

Résidence alternée Autres, précisez :

Résidence mère

Nom du parent 1 :	Nom du parent 2 :
Adresse, tel, mail :	Adresse, tel, mail :
.....
.....
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Si suivi ASE, nom et coordonnées du référent :

Information faite au(x) représentant(s) légal(aux) en date du :

Établissement scolaire :

Adresse :

Directeur / chef d'établissement :

Disponibilités :

Tel. et Mail :

Classe :

Enseignant / Professeur principal :

Tél et mail :

Temps de scolarisation : Plein temps Temps partiel : Heures Non scolarisé

<p>Pour le premier degré :</p> <p>Circonscription :</p> <p>CPC-EI :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p> <p>RASED :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p>	<p>Pour le second degré :</p> <p>CPE :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p> <p>Assistante sociale :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p> <p>Infirmière scolaire :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p> <p>Co-psy :</p> <p>Coordonnées :</p> <p>.....</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Équipe Mobile d'Appui médico-social à la Scolarisation

Dispositifs en interne mobilisés	
Professionnels interpellés : <input type="checkbox"/> Circonscription (IEN, CPC EI) <input type="checkbox"/> RASED ou Co-psy <input type="checkbox"/> Infirmière, médecin scolaire <input type="checkbox"/> Service social en faveur des élèves <input type="checkbox"/> Autres :	Plans : <input type="checkbox"/> PAP <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> PPRE <input type="checkbox"/> PPS
Notifications MDPH : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours Préciser :	
Suivi effectif ou non : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Enseignant Référent (ERSEH) : Coordonnées :	
Suivis en cours : <input type="checkbox"/> Libéraux (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, psychologue...) Précisez : Coordonnées (tel., mail) : <input type="checkbox"/> Etablissements médico-sociaux ou sanitaires Précisez : Nom et coordonnées du référent : <input type="checkbox"/> Mesure de protection de l'enfance Précisez : Nom et coordonnées du référent :	
Problématiques rencontrées par l'équipe pédagogique :	
Réponses déjà apportées :	
Vos attentes vis-à-vis de l'EMAS : <input type="checkbox"/> Sensibilisation et informations <input type="checkbox"/> Conseils sur l'orientation et lien avec la MDPH <input type="checkbox"/> Observations, appui et conseils <input type="checkbox"/> Autres :	
Rédacteur : Fonction : Date :	

➤ Ce document est à adresser à : equipemobilescolarisation.adei-unapei17@adei17.com

Merci de joindre :

- ✓ Les autorisations parentales signées
- ✓ Dernier compte-rendu d'EE ou dernier GEVASCO
- ✓ PPRE - PPS – PAP