

|  |
| --- |
| **Fiche de saisine de l’Equipe du Pôle d’Appui à la scolarité par les professionnels** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° Saisine :** 2025.00 PAS X |  | **Date de la saisine : 00/00/2025** |

|  |
| --- |
| **ECOLE / ETABLISSEMENT SCOLAIRE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** **Adresse :** **Téléphone :** **Mail :**  |  | **Classe :** **Demandeur (nom, qualité) :** Information donnée au chef d’établissement :   oui  non |

|  |
| --- |
| **MOTIF DE LA DEMANDE** |

|  |
| --- |
| Quelle est la nature des difficultés rencontrées ? |

|  |
| --- |
| Quelles sont les réponses déjà apportées ?Ex : aménagements et/ou adaptation… |

|  |
| --- |
| **DEMANDE D’ACTION ENVISAGEE POUR L’ELEVE** |

|  |
| --- |
|   Aménagements pédagogiques  Soutien pédagogique et/ou éducatif  Matériel pédagogique adapté  Autre :  |

|  |
| --- |
| **ELEVE CONCERNE.E** |

|  |
| --- |
| **NOM : Prénom :****Date de naissance : Classe :**  |
| **Dossier MDPH** |   OUI date :  NON  Demande en cours | **Equipe éducative** |  OUI date : NON |
| **ESS** |  OUI date : NON |
| **N° de LPI (afin de permettre au coordonnateur d’obtenir l’information sur les différentes remédiations mises en place) :**  |
| **Accompagnements externes** | Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral…) |

|  |
| --- |
| **REPRESENTANT LEGAL 1** |
| **NOM :****PRENOM :** **ADRESSE :**  | **Téléphone :** **Mail :**  |
| **Informations faites au représentant légal du recours du PAS en date du :**  |

|  |
| --- |
| **REPRESENTANT LEGAL 2** |
| **NOM :****PRENOM :** **ADRESSE :**  | **Téléphone :** **Mail :**  |
| **Informations faites au représentant légal du recours du PAS en date du :**  |

|  |
| --- |
| **REDACTEUR****NOM :****FONCTION : SIGNATURE :** |