

|  |
| --- |
| **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 :** |