

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'ENSEIGNANTE RESSOURCE AUTISME

Quand et comment faire appel à l'enseignante ressource autisme ?

L'équipe enseignante constate, lors de la mise en œuvre du PPS, et malgré la collaboration avec un enseignant du pôle EDEIS, des difficultés récurrentes avec un élève présentant des Troubles du Spectre Autistique (apprentissages et/ou comportement).

1. L'enseignant avec la collaboration de l'enseignant de l'équipe EDEIS rédige la demande ci-dessous (p.2 et 3) concernant l'élève et la transmet sous couvert du Directeur d'école à :
 - l'enseignante ressource : severine.nauche@ac-limoges.fr
tel : 06 83 41 00 55
 - en copie à :
 - l'IEN de circonscription
 - Mme Lavergne, IEN Tulle Vézère ASH : ce.0190053e@ac-limoges.fr
2. L'enseignante ressource examine la demande et donne une réponse quant au type d'intervention envisagée dans un délai de 15 jours.

FICHE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'ENSEIGNANTE RESSOURCE AUTISME

ECOLE :		
Adresse :	Tél :	
Directeur :	mail :	@ac-limoges.fr
Demandeur :		

Classe de l'élève :	Enseignant :
Enseignant EDEIS :	Enseignant Référent :
AESH :	Coordonnateur PIAL

NOM de l'élève	PRENOM de l'élève	Date de naissance
		/ /

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	
Père (ou tuteur) : Adresse : Téléphone : Mail :	Mère (ou tutrice) : Adresse : <i>(si différente)</i> Téléphone : <i>(si différent)</i> Mail : <i>(si différent)</i>

CURSUS SCOLAIRE			
(à renseigner en fonction des informations disponibles dans le GEVASCO et le livret scolaire)			
Année Scolaire			
ÉTABLISSEMENT			
CLASSE	Niveau :	Niveau :	Niveau :
temps de scolarisation	Temps/semaine :	Temps/semaine :	Temps/semaine :
jours de scolarisation	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> Je <input type="checkbox"/> Ve
Type d'accompagnement	<input type="checkbox"/> individualisé h / semaine <input type="checkbox"/> mutualisé <input type="checkbox"/> temps scolaire <input type="checkbox"/> temps méridien	<input type="checkbox"/> individualisé h / semaine <input type="checkbox"/> mutualisé <input type="checkbox"/> temps scolaire <input type="checkbox"/> temps méridien	<input type="checkbox"/> individualisé h / semaine <input type="checkbox"/> mutualisé <input type="checkbox"/> temps scolaire <input type="checkbox"/> temps méridien
Aides engagées à l'interne			
Service de soins			

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉLÈVE
(uniquement les éléments importants)

DOMAINES	Réussites	Difficultés constatées
Type de Communication <ul style="list-style-type: none"> • Langage verbal oralisé • Classeur de communication • Tablette • Signes 		
Habiletés sociales <ul style="list-style-type: none"> • Expression de ses ressentis (besoins, émotions, douleur) • Participation en classe • Conversation • Autonomie • Comportements avec ses pairs (amitiés) 		
Fonctions exécutives <ul style="list-style-type: none"> • Réaction à une consigne (temps de latence) • Attention • Mémorisation • Planification d'une tâche • Enchaînement de tâches • Flexibilité 		
Compétences disciplinaires : <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de la langue • Mathématiques 		
Troubles somatiques connus <ul style="list-style-type: none"> • Problèmes de sommeil • Pathologie • Traitement • Troubles alimentaires 		
Intérêts / Fascination pour des thèmes		

Motif de la demande :

Date : / /

Nom, Prénom du **Directeur d'école**

Nom, Prénom du **demandeur**

Cadre réservé enseignante ressource autisme

Examen de la demande

École :

Élève :

Demande d'accompagnement examinée le : / /

Prise de contact avec l'école prévue le : / /

Actions envisagées (entretiens, observations, formation ...) :

Dates d'intervention prévues : / /

 / /

 / /

 / /

 / /