



FICHE DE SAISINE DE L'EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION (EMAS19)

DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP
Par les établissements scolaires

A retourner à l'EMAS 19 : coord.emas@lespep19.org – ☎ : 06.46.88.52.44

Coordinatrice : Fabienne BONNEVAL

ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'Ets scolaire : Chef d'établissement : Coordonnateur du PIAL : Nom de l'enseignant / du professeur principal : Nom de l'AESH :	☎ : 📧 :
Ressource(s) déjà mobilisée(s) : ☐ Enseignant référent : ☎ : 📧 : ☐ Enseignant EDEIS : ☎ : 📧 : ☐ Enseignant Référent TSA : ☎ : 📧 : ☐ Conseiller Pédagogique : ☎ : 📧 :	

ELEVE CONCERNE

Nom – Prénom :		
Date de naissance :		Classe :
Nom et coordonnées des représentants légaux :		Informations faites aux représentants légaux en date du :/...../..... (Autorisations parentales à joindre à la saisine)
Représentant légal 1 : 📧 : ☎ : 📧 :	Représentant légal 2 : 📧 : ☎ : 📧 :	
Référent ASE : oui / non Nom : ☎ : 📧 :		
Notifications MDPH (préciser les dates et si suivi effectif ou non) : ☐ AESH ☐ ULIS ☐ Matériel pédagogique adapté ☐ SESSAD ☐ Ets Médico-social Du/...../..... Au/...../.....		
Accompagnement médico-social, sanitaire, libéral, etc. en cours : Nom (s) : - - - -		

OBSERVATIONS

Nom-Prénom, fonction (observateur 1) :	
Points forts et centres d'intérêt :	Nature des difficultés rencontrées :

Réponses / adaptations déjà apportées :	
Nom-Prénom, fonction (observateur 2) :	
Points forts et centres d'intérêt :	Nature des difficultés rencontrées (professionnel et élève) :
Réponses déjà apportées :	

ATTENTES VIS-A-VIS DE L'EQUIPE MOBILE D'APPUI
☐ CONSEIL/SENSIBILISATION AU HANDICAP (ex : actions de sensibilisation et d'information sur le handicap et les outils d'adaptation et d'accompagnement) : ☐ Auprès des professionnels : ☐ Auprès des élèves : ☐ APPUI/CONSEIL RELATIF A LA SCOLARITE DE L'ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP (ex : réunion(s) technique(s) pour analyser les difficultés, s'approprier les approches recommandées, et envisager de nouvelles pistes d'adaptation possibles) : ☐ DEMANDES D'APPUI/EXPERTISE POUR GESTION D'UNE SITUATION DIFFICILE AVEC L'ELEVE (ex : réunion(s) technique(s) visant la compréhension d'une situation et les réaménagements envisageables) :

Rédacteur :

Fonction :

Date de saisine :/...../.....

Signature :

ETUDE DE LA DEMANDE (réservé à l'EMAS)	
Le :/...../..... par :	
Contact avec l'Ets scolaire le :	
Actions envisagées (entretiens, observations, formations, partage d'outils, ...) :	Professionnels :
Dates d'intervention prévues :	



EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION

CMPP Départemental

06 46 88 52 44 – coord.emas@lespep19.org

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),
Parent(s) de
Scolarisé en classe de
à (au)

- ☐ Autorise
☐ N'autorise pas

(Merci de bien vouloir cocher la case correspondante à votre choix)

L'équipe **mobile d'appui à la scolarisation (EMAS)** à intervenir auprès de l'équipe enseignante pour apporter appui et conseil dans le cadre de la scolarité de mon enfant. Les préconisations proposées seront transmises aux enseignants référents.

L'EMAS est une équipe de professionnels du CMPP qui vient apporter son expertise et les ressources nécessaires aux professionnels de l'éducation nationale pour un accompagnement des élèves présentant des difficultés spécifiques.

Dans l'exercice de leurs missions les professionnels/elles de l'EMAS pourront :

- Réaliser des observations en classe/en récréation
- Echanger avec les enseignants pour recueillir des informations et mener, si nécessaire, des entretiens avec l'élève dans le but d'obtenir son regard sur sa scolarité.

Dans le cadre du respect du règlement général de protection des données, ces renseignements sont traités dans le cadre d'une gestion informatique des dossiers.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature(s) :



EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION

CMPP Départemental

06 46 88 52 44 – coord.emas@lespep19.org

AUTORISATION PARENTALE DE DEMANDE DE BILANS ET DE CONTACT(S)

Nous, soussignés représentants légaux :

- Représentant légal 1 :

- Représentant légal 2 :

De l'enfant

☐ Autorisons

☐ N'autorisons pas

(Merci de bien vouloir cocher la case correspondante à votre choix)

L'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation:

➤ À se mettre en relation avec le ou les établissements suivant(s) *(merci de préciser le nom)* :

☐ CMPE

☐ CMPP

☐ SESSAD :

☐ CAMSP

☐ Hôpital de jour

☐ PCPE :

☐ Professionnel(s) libéral(aux) (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, éducateur spécialisé, etc.) :

☐ Autres :

➤ À demander les bilans déjà réalisés (libéraux, psychologue EN, etc.) :

☐ Non

☐ Oui

Si OUI, merci de bien vouloir préciser le nom et la fonction des professionnels intervenants auprès de l'enfant :

-
-
-

Nous vous prions de bien vouloir noter ci-après vos coordonnées si vous souhaitez que l'EMAS vous contacte afin de vous informer du plan de préconisations proposé :

📞 :

💻 :

Fait à

Le/...../.....

Signature(s) :