



FICHE SAISINE

Pôle d'Appui à la Scolarité

Par l'établissement



OÙ ENVOYER
CETTE FICHE ?



Secteur Pilat:

pas-pilat@ac-lyon.fr



Secteur Urfé:

pas-urfe@ac-lyon.fr



Secteur Dasté :

pas-daste@ac-lyon.fr



Secteur Portail Rouge :

pas-portailrouge@ac-lyon.fr



Toute demande doit faire
l'objet au préalable de la
création du Livret de
Parcours Inclusif (LPI)



Date de la demande de saisine: / /

1 ETABLISSEMENT SCOLAIRE



Nom :

Téléphone :

Adresse :

Mail :

Demandeur (nom et qualité) :

Coordonnées de l'enseignant / du professeur principal (nom, adresse mail) :



Merci de joindre l'emploi du temps et les bulletins à la saisine.

2 ELEVE CONCERNE



Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance : / /

Classe :

REPONSES APORTEES A CE JOUR

L'élève bénéficie-t-il d'un(e):

☐ PPRE

☐ PAP

☐ PAI

☐ PPS

Préciser :



Quelles ressources Education Nationale
ont été mobilisées ?

(Poste E, G, Psy EN, EMPR, Infirmier, ASS scolaire, Relais, PAFI, ...)



Prise(s) en charge passées ou
actuelles (préciser):

(Ergothérapie, Orthophonie, Psychologie, Psychomotricité, ...)

3 COORDONNEES



RESPONSABLE LEGAL 1

Autorité parentale ☐ OUI ☐ NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



RESPONSABLE LEGAL 2

Autorité parentale ☐ OUI ☐ NON

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



PERSONNE EN CHARGE DE L'ELEVE (si différente)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :



Rapport aux apprentissages :

.....

.....

.....



Rapport aux autres / Communication :

.....

.....

.....



Rapport au cadre scolaire / A l'autorité :

.....

.....

.....



Domaines(s) de réussite / Centre d'intérêts :

.....

.....

.....

5 REPONSES APPORTÉES



Type d'action :

.....

.....

.....



Effets observés :

.....

.....

.....

6 VOS ATTENTES



Quelle est votre demande ?

.....

.....

.....

7 PARTIE A COMPLETER PAR LA FAMILLE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
en qualité de



**Je m'engage à tenir informé(e) le second
responsable légal de cette demande.**

☐ OUI

☐ NON CONCERNE

☐ Je ne suis pas en
mesure de l'informer



**Dans le cadre de l'étude de la demande, j'autorise l'équipe du
P.A.S. à recueillir des informations strictement nécessaires à
l'évaluation de la situation auprès de professionnels concernés.**

☐ OUI

☐ NON



Signature du ou des responsables légaux

Date : / /



VOS INFORMATIONS SONT CONFIDENTIELLES

Les informations recueillies sont strictement confidentielles et destinées uniquement à l'équipe du P.A.S. Elles ne comprennent pas de données médicales détaillées. Toutes demandes d'informations complémentaires font l'objet d'un accord explicite des responsables légaux.