



FICHE SAISINE INDIVIDUELLE

Pôle d'Appui à la Scolarité

Par la famille



Cette fiche nous permet de mieux comprendre votre situation afin de vous proposer un accompagnement adapté.



OÙ ENVOYER
CETTE FICHE ?



Secteur Charvet :
pas-charvet@ac-lyon.fr



Secteur Fauriel :
pas-fauriel@ac-lyon.fr



Secteur La Ricamarie :
pas-ricamarie@ac-lyon.fr



Secteur Puits de la Loire :
pas-pddl@ac-lyon.fr



Date de la demande de saisine: / /



Comment avez-vous connu le dispositif ?

1 VOS COORDONNEES



Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Lien avec l'élève :



ELEVE CONCERNE

Nom et prénom :

Date de naissance : / /

Classe :

Etablissement scolaire :

2 DEMARCHES DEJA EFFECTUEES



Rendez-vous dans l'établissement scolaire

☐

OUI

☐

NON



Bilans effectués ou en cours

(Ergothérapie, orthophonie, psychologie, psychomotricité, etc.)

Si oui lesquels :



Prises en charge passées ou actuelles

(POC, CAMSP, CMPP, CMP, SESSAD, Libéral...)

Si oui lesquelles :



L'enfant dispose-t-il d'une notification de la MDPH ou d'un dossier en cours ?

☐

OUI

☐

NON

☐

DEMANDE EN COURS

Préciser :

3 REPONSES APORTEES A CE JOUR



L'élève a-t-il bénéficié d'aides au sein de l'établissement scolaire ?

(Psychologue scolaire, AESH, enseignant spécialisé, 1/3 temps supplémentaire, PPRE, PAP, aménagement ou allègement de l'emploi du temps, dispositif relais, matériel informatique, fiche de suivi...)



A réception de la fiche saisine, les enseignants du Pôle d'Appui à la Scolarité informeront les services de l'Education Nationale concernés.

Présentation de votre enfant et des besoins



Ces informations nous aident à mieux comprendre la situation de votre enfant et à vous proposer un accompagnement adapté.



Comment se sent-il à l'école ?



Qu'est-ce que votre enfant aime faire à la maison ?



Quels sont ses points forts à l'école ?



Quelles difficultés rencontre-t-il à l'école ?



Quelle est votre demande ?



Je m'engage à tenir informé(e) le représentant légal 2 de cette demande.

☐ OUI

☐ NON CONCERNE

☐ Je ne suis pas en mesure d'informer le représentant légal 2



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 des professionnels concernés.

☐ OUI

☐ NON

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.



Signature du ou des représentants légaux

Date : / /

SIGN