Pôle d'Appui à la Scolarité
L2C

FICHE SAISINE INDIVIDUELLE

Pôle d'Appui à la Scolarité

Par la famille

OÙ ENVOYER CETTE FICHE ?

- **Secteur Waldeck:** pas-waldeck@ac-lyon.fr
- **Secteur Unieux:** pas-unieux@ac-lyon.fr
- **Secteur Chambon :** pas-chambon@ac-lyon.fr
- **Secteur Bruneaux :** pas-bruneaux@ac-lyon.fr

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

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 APPORTEES 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.

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

association LES 2 COLLINES

ACADÉMIE DE LYON
Liberté Égalité Fraternité
Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire

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

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

association LES 2 COLLINES

ACADÉMIE DE LYON Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire