



FICHE DE SAISINE DE L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI MÉDICO-SOCIAL A LA SCOLARISATION DES ENFANTS A BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS (EMAS)

« La finalité des équipes mobiles d'appui est de renforcer la scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative. »

RÉDACTEUR DE LA FICHE DE SAISINE

Nom :	Prénom :	Fonction/Qualité :
Établissement :		
Adresse postale :		
Téléphone :		
Adresse mail :		

OBSERVATIONS

Nom, Fonction (observateur 1) :	Coordonnées :
Freins à la scolarité (élève), nature des difficultés rencontrées :	
Nom, Fonction (observateur 2) :	Coordonnées :
Freins à la scolarité (élève), nature des difficultés rencontrées :	
Réponses déjà apportées et effets :	

ATTENTES VIS-A-VIS DE L'EMAS

INFORMATION/SENSIBILISATION AUX BESOINS EDUCATIFS SPECIFIQUES

(Ex : actions de sensibilisation et d'information sur les besoins spécifiques et les outils d'adaptation et d'accompagnement)

Attendus :

APPUI/CONSEIL RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DE L'ELEVE A BESOINS EDUCATIFS SPECIFIQUES

(Ex : réunions communes pour analyser les difficultés, les besoins, s'approprier les approches recommandées, et envisager de nouvelles pistes d'adaptation possibles)

Attendus :

DEMANDE D'APPUI/EXPERTISE POUR GESTION D'UNE SITUATION DIFFICILE AVEC L'ELEVE

(Ex : réunion technique visant à la compréhension d'une situation et les réaménagements envisageables)

Attendus :

ÉLÈVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :

Coordonnées du/des représentant(s) légal(aux)

Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :

Information faite au(x) représentant(s)
légal(aux) du recours à l'EMAS en date du :

Signature du formulaire de consentement
par le(s) représentant(s) légal(aux) :

☐ Oui

☐ Non

**IMPORTANT : Merci d'informer les représentants légaux que l'appui de l'EMAS nécessitera le partage d'informations
nécessaire au soutien de la scolarité de leur enfant (ex : GEVASco...)**

Ressources mobilisées/aménagements pédagogiques, cocher et préciser :

Outil(s) mis en place :

- ☐ Plan Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)
- ☐ Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)
- ☐ Plan d'Accueil Individualisé (PAI)
- ☐ Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS)
- ☐ Programmation Adaptée des Objectifs d'Apprentissage (PAOA)
- ☐ Autres, préciser :

Ressource(s) d'appui sollicitée(s)

- ☐ Professionnel Education Nationale, préciser :
- ☐ Professionnel Médico-social, préciser :
- ☐ Professionnel libéral, préciser :
- ☐ Autres, préciser :

Suivis extérieurs, préciser (en cours ou en attente) :

Coordonnées de l'Enseignant référent (ERSEH)

Nom et prénom :

Téléphone :

Adresse mail :

Coordonnées du RASED

Nom et prénom :

Téléphone :

Adresse mail :

Circonscription :

PIAL :

NOTIFICATION MDA :

- ☐ Oui
☐ Non

Date de l'ouverture des droits : du au

Droits ouverts

- ☐ Orientation
- ▶ Orientation scolaire (ULIS, EGPA, UEMA, UEEA...) :
 - ▶ Orientation médico-sociale (SESSAD, DITEP, IME...) :
- ☐ AESH (préciser le nombre d'heures si aide individuelle) :
- ☐ Matériel pédagogique adapté, préciser :
- ☐ Autre(s), préciser :

Si l'élève n'a pas de notification MDA, la famille est-elle en attente d'une réponse de la MDA?

- ☐ Oui ☐ Non

Fait à

Signature du demandeur :

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

AVIS ET/OU RECOMMANDATION SUR INTERVENTION (si saisine Education Nationale)¹

La saisine de l'EMAS suppose que l'ensemble des dispositifs d'aides prévu par le droit commun ait été mis en place (PPRE, RASED...)

IEN-CCPD ou chef d'établissement / directeur d'école :

INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA SAISINE

EMAS / Pôle ASH

Saisine reçue le :

Validation :

- ☐ Oui
☐ Non

¹ Fiche à envoyer au secrétariat du Pôle ASH : poleashsecretariat60@ac-amiens.fr et equipe.mobile@lespepgrandoise.org