

Annexe 5 – Fiche saisine établissement scolaire

**Fiche saisine de l'Équipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) par l'établissement scolaire**

*Fiche à envoyer au PAS de votre secteur (via carte interactive), aux copilotes PAS, en copie à l'adresse pas02dept@ac-amiens.fr*

**ÉLÈVE CONCERNE PAR LA DEMANDE**

Nom : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Niveau classe : <input type="text"/>
<b>Coordonnées du représentant légal 1</b>	<b>Coordonnées du représentant légal 2</b>
Nom et Prénom : <input type="text"/>	Nom et Prénom : <input type="text"/>
Adresse postale : <input type="text"/>	Adresse postale : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Adresse mail : <input type="text"/>	Adresse mail : <input type="text"/>
Je soussigné <input type="text"/>	Je soussigné <input type="text"/>
autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève et à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant	autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève et à transmettre les documents professionnels dans le cadre de commission d'évaluation des besoins de mon enfant
Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>
Signature :   	Signature :   

*\*Il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical, ou du médico-social.*

**ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE**

Nom : <input type="text"/>	Mail : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Rédacteur : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal : <input type="text"/>

Annexe 5 – Fiche saisine établissement scolaire

<b>Dossier MDPH</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> REFUS <input type="radio"/> DEMANDE EN COURS
<b>Équipe éducative</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>ESS</b>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>Numéro du LPI</b>	<input type="text"/>
<b>Accompagnements externes</b> <i>(Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...))</i>	<input type="text"/>

**DÉMARCHES ENTREPRISES**

**Quelles démarches avez-vous déjà entreprises pour votre enfant ?**

- Rendez-vous avec l'établissement scolaire ?  OUI    NON
- Bilans (effectués ou en cours)  OUI    NON
- Êtes-vous en attente de réponse de la MDPH ?  OUI    NON    REFUS
- L'enfant a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ?  OUI    NON

**MOTIFS DE LA DEMANDE**

**Quelle est la nature des difficultés rencontrées ?**

**Quelles sont les réponses déjà apportées ?**

**LA DEMANDE D'ACTION ENVISAGÉE POUR L'ÉLÈVE**

- Aménagements pédagogiques    Soutien pédagogique et éducati  
 Matériel Pédagogique Adapté