

**Fiche de Demande d'Intervention
de l'Equipe Mobile d'Appui Médico-Social
pour la Scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers**

Date de la demande : _____

Nom de l'établissement d'enseignement _____

Niveau d'intervention demandé

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actions de sensibilisation et d'information | <input type="checkbox"/> Appui médico-social (évaluation, outils, savoir-faire,...) | <input type="checkbox"/> Eviter une rupture scolaire, gérer une situation complexe |
|--|---|--|

Identification des Professionnels concernés

NOM Prénom	Fonction	Courriel

Problématique rencontrée (individuelle ou collective)

Si situation individuelle, identification de l'élève

NOM Prénom	Date de naissance/...../.....
Classe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Notification MDPH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours

Coordonnées des responsables légaux

Parents		Autre responsable légal
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
N° et rue :	N° et rue :	N° et rue :
CP et Ville :	CP et Ville :	CP et Ville :
Téléphone :	Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

Parcours scolaire de l'élève

Profil de l'élève

Compétences et potentialités

Difficulté(s)

Pour respecter les règles de vie sociale		Pour gérer les actes de la vie quotidienne	
Pour gérer ses relations avec ses pairs		Pour se repérer dans le temps et l'espace	
Pour gérer ses relations avec les adultes		Pour assurer sa propre sécurité	
Pour fixer son attention et maîtriser ses comportements		Pour organiser son travail et suivre les consignes	
Pour communiquer		Pour utiliser les supports pédagogiques	

Suivi(s) (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- RASED
- Pôle ressource ASH
- Activités Pédagogiques Complémentaires (APC)
- Etablissements ou services médico-sociaux (SESSAD, ITEP, IME, ...)
- Service de Pédiopsychiatrie
- CMPP
- Service de Protection de l'enfance (AEMO, ASE,...)
- Psychologue
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Orthophoniste

Autre :

Coordonnées (Nom, Structure, ...):

Descriptif de la demande d'aide

Les représentants légaux de l'élève ont été informés le : / / .

Par NOM : PRENOM : FONCTION :

Signature du Chef d'établissement ou du Directeur d'école,

DOCUMENT À TRANSMETTRE À :

- Inspectrice de l'Education Nationale ASH
Mme DUMONT Michèle- michele.dumont@ac-clermont.fr

- Coordinatrice de l'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation
Mme C. TOCZE – emas@adapei15.com