

**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 Pédopsychiatrie
- 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](mailto:michele.dumont@ac-clermont.fr)

- Coordinatrice de l'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation

Mme C. TOCZE – [emas@adapei15.com](mailto:emas@adapei15.com)