



EMAS

Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation
des élèves en situation de handicap



contact-emas@epms-ariège.fr
06.75.94.78.43



FICHE DE SAISINE EMAS

EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

Etablissement Public Médico-Social de La Vergnière

Fiche à remplir et à transmettre

- au directeur d'école pour transmission : EMAS, SDEI et IEN de circonscription
- au chef d'établissement pour transmission : EMAS et SDEI

EMAS : contact-emas@epms-ariège.fr

SDEI : ecoleinclusive-ia09@ac-toulouse.fr

ECOLE / ETABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom de l'établissement :

Contact :

Adresse :

Mail :

IEN de circonscription :

Téléphone :

DESCRIPTION DE LA SITUATION A L'ORIGINE DE LA SAISINE

Empty box for description of the situation at the origin of the report.

ATTENTES VIS-A-VIS DE L'EMAS

Empty box for expectations regarding EMAS.

A PROPOS DE L'ÉLÈVE (si concerné)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Enseignant ou professeur principal :

Dossier MDPSH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours		
	Enseignant référent de scolarisation :		
	Equipe éducative	Equipe de suivi de scolarisation	Aménagements et compensations mis en place
	Date :/...../.....	Date :/...../.....	<input type="checkbox"/> AESH
			<input type="checkbox"/> ULIS
			<input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté (MPA)
		<input type="checkbox"/> Adaptations pédagogiques	
Soins et autres accompagnements en cours à votre connaissance (SESSAD, IME, ITEP, CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...) :			
.....			

Ressources internes mobilisées	<input type="checkbox"/> Accompagnement RASED : <input type="checkbox"/> Enseignant ressource : <input type="checkbox"/> Accompagnement spécifique second degré :
---------------------------------------	---

Précisions sur les aménagements déjà proposés par la communauté éducative (ex : <i>emploi du temps, autres intervenants, outils, aménagements de l'espace de travail...</i>)	
---	--

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom: Prénom : Adresse : Téléphone: Mail :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Elève majeur <input type="checkbox"/> ASE
---	--

<input type="checkbox"/> Lettre d'information et de recueil du consentement signée par les parents, représentants légaux de l'élève (à joindre avec la saisine)
--

Nom et fonction du rédacteur-trice de la fiche :

Signature :

Directeur-trice ou chef-fe d'établissement :

Signature :

Date de saisie :

Ce document est à envoyer à l'EMAS par courriel : contact-emas@epms-ariege.fr et en copie au SDEI par courriel : ecoleinclusive-ia09@ac-toulouse.fr

A noter : ce document est susceptible d'évoluer

ETUDE DE LA DEMANDE (Cadre réservé à l'EMAS)

N° de saisine :

Le / /

Contact téléphonique avec l'établissement scolaire le :

Saisine validée

Professionnels :

Saisine non validée

Motifs :