



# 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 : .....

<b>Dossier MDPSH</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Demande en cours		
	Enseignant référent de scolarisation : .....		
	<b>Equipe éducative</b>	<b>Equipe de suivi de scolarisation</b>	<b>Aménagements et compensations mis en place</b>
	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...) : .....			
.....			

<b>Ressources internes mobilisées</b>	<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"/> <b>Lettre d'information et de recueil du consentement signée par les parents, représentants légaux de l'élève (à joindre avec la saisine)</b>
--

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-ariège.fr](mailto:contact-emas@epms-ariège.fr) et en copie au SDEI par courriel : [ecoleinclusive-ia09@ac-toulouse.fr](mailto: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 :