

FICHE DE SAISINE

Équipe Mobile d'Appui médico-social à la Scolarisation des enfants en situation de handicap

Merci de remplir ce document et de l'envoyer à l'IEN de votre circonscription pour les établissements du 1^{er} degré ou au Service École Inclusive pour les établissements du 2nd degré, pour validation.

Demandeur:

Établissement concerné:

Nom et fonction du professionnel auteur de la saisine :

Nom(s) et fonction(s) du ou des professionnel(s) concerné(s) par la saisine :

Mail/Tél. et disonibilités (jour de décharge...):

Date de la demande :

Coordonnées / Adresse :

La saisine concerne :

Un établissement scolaire dans son ensemble

Une classe en particulier

Un élève en particulier

Postvention saisine établissement *

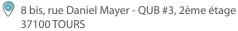
* Uniquement pour les établissements ayant bénéficié d'une saisine « école» l'an N-1

Handicap(s), troubles ou besoins particuliers identifiés dans la situation :

Ressources et partenaires identifiés ou présents dans la situation - Médico-social, Social, Éducation Nationale, Soin...:

	Élément déclencheur	à l'origine de la (demande :	
	Nature des difficultés	rencontrées :		
OAHON EIV	Aménagements et inte	erventions déjà	proposées :	
	Thématiques de s <i>Ex : Action de formation</i>		souhaitées yse des Pratiques, outils d'adapti	ation
ALLENIES VISTA-VIS DE LEÇO	Appui et conseil relatifs à l'accompagnement des élèves en situation de handicap Ex : Observation directe, entretiens cliniques, réunions communes, conseils, aménagements pédagogiques			
- Y	Validation :	IEN-ASH	IEN-CIRCONSCRIPTION	Chef d'établissement





www.emas37.org