

## Fiche saisine de l'Equipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation par les responsables légaux

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur : [pas-schoelcher.0694261g@ac-lyon.fr](mailto:pas-schoelcher.0694261g@ac-lyon.fr)

### ELEVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom :	Etablissement scolaire :
Prénom :	Niveau classe :
Date de naissance :	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :
Coordonnées du représentant légal 1	Coordonnées du représentant légal 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse postale :	Adresse postale :
Téléphone :	Téléphone :
Adresse mail :	Adresse mail :

### DEMARCHES ENTREPRISES

#### Quelles démarches avez-vous déjà entreprises pour votre enfant ?

Rendez-vous avec l'établissement scolaire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Bilans effectués ?		
Si oui lesquels ? .....		
Bilans en cours ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui lesquels ? .....		
L'élève est-il notifié auprès de la MDPH ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
L'enfant bénéficie-t-il d'accompagnement.s spécifique.s ? Si oui, lesquels ?		

### LA DEMANDE

Selon vous,

Date de la demande :

#### Quelles sont les réussites de votre enfant ?

.....
-------

**Quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ?**

**Comment votre enfant se sent-il à l'école ?**

**Quelles sont les questions que vous vous posez sur la scolarité de votre enfant ?**

**Quelles sont vos attentes envers le PAS ?**

Je soussigné(e)

Autorise le PAS\*

- A intervenir auprès de l'élève
- A échanger des informations et documents avec les professionnels impliqués dans le suivi de l'élève afin d'évaluer ses besoins.

Je souhaite que le PAS me contacte par :

- par mail
- par téléphone

Date :

Signature :

Je soussigné(e)

Autorise le PAS\*

- A intervenir auprès de l'élève
- A échanger des informations et documents avec les professionnels impliqués dans le suivi de l'élève afin d'évaluer ses besoins.

Je souhaite que le PAS me contacte par :

- par mail
- par téléphone

Date :

Signature :

\*Il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical ou du médico-social

**L'établissement a-t-il été informé de la saisine du PAS ?**

OUI  NON

Pour information, suite à votre saisine l'établissement sera informé de votre sollicitation auprès du PAS