

Fiche saisine de l'Equipe du Pôle d'Appui à la Scolarisation par l'élève majeur

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur : pas-rameau.0694261g@ac-lyon.fr

ELEVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom :	Etablissement scolaire :
Prénom :	Niveau de classe :
Date de naissance :	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :
Téléphone :	
Adresse mail :	Adresse postale :

MOTIF DE LA DEMANDE

Selon vous,

Quelles sont vos réussites ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ?

Comment vous sentez-vous au sein de votre établissement ?

Quels besoins identifiez-vous dans votre parcours scolaire ?

Quelles sont vos attentes envers le PAS ?

DEMARCHES ENTREPRISES

Quelles démarches avez-vous déjà entreprises ?

Rendez-vous avec l'établissement scolaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Bilans effectués ou en cours :

Si oui, le/lesquel(s) ?

Etes-vous notifié auprès de la MDMPH ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Bénéficiez-vous d'un ou plusieurs aménagements adaptés ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Si oui, le/lesquel(s) ?

Bénéficiez-vous d'un ou plusieurs accompagnements médico-sociaux ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Si oui, le/lesquel(s) ?

Votre établissement scolaire est-il informé de votre saisine du PAS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

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

Je soussigné(e)

Autorise le PAS,

- A intervenir
- A échanger des informations et documents avec les professionnels impliqués dans mon suivi afin d'évaluer mes besoins et apporter les réponses les plus adaptés à ceux-ci.

Je souhaite que le PAS me contacte par :

Téléphone Mail

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*