

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-mourguet.0694261g@ac-lyon.fr***

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur : **pas-mourquet.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 ?		
<i>Si oui lesquels ?</i>		
Bilans en cours ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<i>Si oui lesquels ?</i>		
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