

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

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

ELEVÉ CONCERNE PAR LA DEMANDE	
-------------------------------	--

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	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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 :

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