

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SAISINE DE L'EQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION

A destination des élèves en situation de handicap
Document à transmettre par mail : ce.ien54-nancy3@ac-nancy-metz.fr

Commune : Circonscription : Secteur PIAL :

Nom de l'école / établissement : 1^{er} degré 2nd degré

NATURE DE LA DEMANDE :

- Actions de sensibilisation et/ou de formation à destination des professionnels d'un établissement scolaire
- Appui et conseil en cas de difficulté avec un élève en situation de handicap
- Aide et soutien pour gérer une situation difficile
- Autres (précisez) :

Précisions sur la demande

(Si la demande concerne un élève, ne pas mentionner le nom et le prénom)

S'il s'agit d'une situation d'un enfant, précisez :

Sexe :

Age :

Classe.....

Handicap(s) :

.....

Ressources internes déjà sollicitées

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PAP | <input type="checkbox"/> PPRE | <input type="checkbox"/> PPS | <input type="checkbox"/> PAI |
| <input type="checkbox"/> RASED | <input type="checkbox"/> CPC | <input type="checkbox"/> CPASH | <input type="checkbox"/> ER TSA |

Orientation MDPH

- | | | | |
|--------|-------|-------|------|
| ULIS | SEGPA | EREA | UEMA |
| SESSAD | IME | DITEP | UEEA |

Prises en charge extérieures connues

- | | | | |
|---------------|-----------------|----------------|-----------|
| CAMSP | CMPP | CMP | ASE |
| Orthophoniste | Psychomotricien | Ergothérapeute | Educateur |

Identification de la personne à contacter pour traiter la demande

Nom de l'IEN ou du chef d'établissement :

Nom et fonction de la personne à contacter (si différent) :

Nom de l'enseignant référent :

*L'IEN ou le chef d'établissement
Signature*

Cadre réservé à la DSDEN – Service ASH – Service de l'Ecole Inclusive

Date de réception du formulaire par la DSDEN.....Chrono n°

*Pour l'IEN ASH
Signature*

Transmission à l'EMA-SCO :

- Oui
Date.....
- Non
Motif.....

Cadre réservé à l'équipe mobile d'appui à la scolarisation

Date de prise de contact avec la DSDEN.....

Demande liée aux missions de l'EMA-SCO :

- Oui
Date de prise de contact avec le demandeur.....
- Non
Réorientation vers :

Préciser les actions menées

Clos le