Fiche de saisine de l'Équipe du pôle d'appui à la scolarisation (PAS) par la famille

IDENTITE /ETABLISSEMENT

Nom de la famille : Adresse : Téléphone : Mail :	Nom Prénom de l'élève : Date de naissance : Classe : Etablissement :

DEMARCHES DEJA ENTREPRISES

Quelles démarches avez-vous réalisées ?

- Rendez-vous dans l'établissement ◯ OUI ◯ NON
- Bilans (effectués ou en cours) ◯ OUI ◯ NON
- Etes-vous en attente de réponse de la MDPH ? ◯ OUI ◯ NON
- L'enfant a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ◯ OUI ◯ NON

REPONSES APPORTEES A CE JOUR

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aides au sein de l'école ? (Aides spécialisées, personnels de l'extérieur, prêt de matériel – PPRE, PAP, …)

LA DEMANDE

Selon vous,

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 ?

ACCORD DE LA FAMILLE

Souhaitez-vous communiquer au PAS les documents des professionnels qui suivent votre enfant ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, préférez-vous en parler vous-même

☐ A l'oral ☐ Je préfère rédiger un document. ☐ Non

Si oui, acceptez -vous que l'on photocopie ces documents ? (à destination de l'équipe restreinte du PAS)

☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous le PAS à intervenir auprès de votre enfant ?

☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE :

Ce document sera conservé pendant toute l'année scolaire au cours de laquelle la saisine aura été effectuée.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

AUTORISATION D'INTERVENTION DE L'EQUIPE DU POLE D'APPUI A LA SCOLARITE

(Document à compléter par les responsables légaux de l'élève)

<table>
<tr><th colspan="2">ELEVE CONCERNE PAR LA DEMANDE</th></tr>
<tr><td colspan="2">Nom Prénom:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Date de naissance :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Etablissement scolaire :</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :</td></tr>
<tr><td>Coordonnées du représentant légal 1 :
Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :</td><td>Coordonnées du représentant légal 2 :
Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :</td></tr>
<tr><td>Je soussigné(e)

autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève

Date :
Signature :</td><td>Je soussigné(e)

autorise le PAS* à intervenir auprès de l'élève

Date :
Signature :</td></tr>
<tr><td colspan="2">* 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.</td></tr>
</table>