

**Fiche de Demande d'Intervention
de l'Equipe Mobile d'Appui Médico-Social
pour la Scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers**

Date de la demande : _____

Nom de l'établissement d'enseignement _____

Niveau d'intervention demandé

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Appui médico-social (évaluation, outils, savoir-faire,...) | <input type="checkbox"/> Eviter une rupture scolaire, gérer une situation complexe | <input type="checkbox"/> Actions de sensibilisation et d'information |
|---|--|--|

Identification des Professionnels de l'Etablissement scolaire concerné

| Demande rédigée par | | |
|---------------------|----------|----------|
| NOM Prénom | Fonction | Courriel |
| | | |
| | | |
| | | |

Identification de l'élève

| | | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|---|
| NOM Prénom | | | Date de naissance |/...../..... |
| Classe | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M | Notification MDPH | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours |

Coordonnées des responsables légaux

| Parents | | Autre responsable légal |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. | <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. |
| N° et rue : | N° et rue : | N° et rue : |
| CP et Ville : | CP et Ville : | CP et Ville : |
| Téléphone : | Téléphone : | Téléphone : |
| Courriel : | Courriel : | Courriel : |

Difficultés repérées dans le cadre scolaire

| Difficulté(s) | | | |
|---|--|--|--|
| Pour respecter les règles de vie sociale | | Pour gérer les actes de la vie quotidienne | |
| Pour gérer ses relations avec ses pairs | | Pour se repérer dans le temps et l'espace | |
| Pour gérer ses relations avec les adultes | | Pour assurer sa propre sécurité | |
| Pour fixer son attention et maîtriser ses comportements | | Pour organiser son travail et suivre les consignes | |
| Pour communiquer | | Pour utiliser les supports pédagogiques | |

Descriptif de la demande d'aide pour l'intervention de l'Equipe Mobile d'Appui Médico-Social

1- Rappel des faits et contexte (Parcours scolaire, situation de l'élève entraînant la demande, etc.)

Suivi(s) (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- RASED
- Pôle ressource ASH
- Activités Pédagogiques Complémentaires (APC)
- Etablissements ou services médico-sociaux (SESSAD, ITEP, IME, ...)
- Service de Pédopsychiatrie
- CMPP
- Service de Protection de l'enfance (AEMO, ASE,...)
- Psychologue
- Psychomotricien
- Ergothérapeute
- Orthophoniste

Autre :

Coordonnées (Nom, Structure, ...):

2- Quelles aides attendez-vous de l'Equipe Mobile d'Appui Médico-Social ?

Signature du Chef d'établissement ou du Directeur d'école,

DOCUMENT À TRANSMETTRE À :

- Inspectrice de l'Education Nationale ASH
Mme DUMONT Michèle- michele.dumont@ac-clermont.fr
- Coordinatrice de l'Equipe Mobile d'Appui à la Scolarisation
Mme C. TOCZE – emas@adapei15.com