

## FICHE DE SAISINE

### EQUIPE MOBILE D'APPUI MEDICO SOCIAL A LA SCOLARISATION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP DE LA HAUTE-MARNE

#### **ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

Nom de l'établissement scolaire :

Circonscription :

Commune :

Secteur PIAL :

1 er degré

2ème degré

Mail :

IEN de circonscription / chef d'établissement :

Coordonnées de l'interlocuteur de l'établissement :

Coordonnées de l'enseignant référent :

#### **SI LA DEMANDE CONCERNE UN ELEVE**

Le consentement écrit\* de la famille a été recueilli :

Oui

Non

*\*Formulaire disponible sur le site de l'EMAS 52 à joindre impérativement à la fiche de saisine.*

Accompagnements et moyen mis en place :  AESH  SESSAD  Notification MDPH

Etablissement Médico-Social  Matériel adapté  Autres (préciser) : .....

#### **DESCRIPTION DE LA SITUATION A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION :**

Date de la demande :

La demande est à transmettre à l'EMAS 52 à l'adresse [contact.emas52@alefpa.asso.fr](mailto:contact.emas52@alefpa.asso.fr) sous couvert de l'IEN de circonscription ou du chef d'établissement.

#### **CADRE RESERVE A L'EMAS 52**

Date de réception de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date de traitement de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date de clôture : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_