

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 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 : __ / __ / ____