

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 :

1^{er} degré ☐

2^{ème} degré ☐

Mail :

IEN de circonscription ou nom et coordonnées du chef d'établissement :

SI LA DEMANDE CONCERNE UN ELEVE

Nom et prénom :

Classe :

Emploi du temps* (Si aménagé horaires de présence en classe) :

**Pour les collégiens et lycéens merci de joindre l'emploi du temps à la fiche de saisine.*

Nom et prénom enseignant ou professeur principal :

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non

AESH : ☐ Oui ☐ Non

Suivi(s) extérieur(s) en cours :

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.*

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.fr sous couvert de l'IEN de circonscription ou du chef d'établissement.