

Fiche saisine du Pôle d'Appui à la Scolarité (PAS) par l'établissement scolaire

Fiche à remplir précisément et à renvoyer au PAS de votre secteur (par courrier ou par mail)

ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : Adresse : Téléphone : Mail :	Demandeur (nom, qualité) :
---	---

ÉLÈVE CONCERNÉ.E

Nom :	Prénom :		
Date de naissance :	Classe/Niveau :		
Dossier MDPH	☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours		☐ Oui ☐ Non
			Équipe éducative Si oui, date de la dernière :
			ESS Si oui, date de la dernière :
			☐ Oui ☐ Non
<u>Nom, prénom, coordonnées de l'Enseignant Référent :</u> 			
<u>N° de LPI :</u> 			

Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre personne
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse 	Adresse 	Adresse
Tél :	Tél :	Tél :
Mail :	Mail :	Mail :
Le représentant légal a été informé du recours au PAS le	Le représentant légal a été informé du recours au PAS le	La personne responsable de l'enfant a été informée du recours au PAS le

MOTIF DE LA DEMANDE

Quelle est la **nature des difficultés** rencontrées par l'élève ?

Quelles **réponses** ont été déjà apportées au sein de l'établissement scolaire ?

Accompagnements extérieurs

Soins et accompagnements en cours à votre connaissance (CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, libéral...)

Nom du directeur ou du chef d'établissement :

Date :

Signature du directeur ou du chef d'établissement :

Coordonnées du PAS de votre secteur :

Coordonnateur PAS :

Educateur spécialisé :