



FICHE DE SAISINE
DE L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI MÉDICO-SOCIAL
A LA SCOLARISATION DES ENFANTS EN SITUATION DE
HANDICAP (EMAS)

« La finalité des équipes mobiles d'appui est de renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative. »¹

RÉDACTEUR DE LA FICHE DE SAISINE

Nom :	Prénom :	Fonction/Qualité :
Établissement :		
Adresse postale :		
Téléphone :		
Adresse mail :		

OBSERVATIONS

Nom, Fonction (observateur 1) :	Coordonnées :
---------------------------------	---------------

Freins à la scolarité (élève), nature des difficultés rencontrées :

Nom, Fonction (observateur 2) :	Coordonnées :
---------------------------------	---------------

Freins à la scolarité (élève), nature des difficultés rencontrées :

Réponses déjà apportées et effets :

¹ CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/2021/109 du 26 mai 2021 relative au cahier des charges des équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation des enfants en situation de handicap
 Article L111-3 du Code de l'éducation (Modifié par LOI n°2019-791 du 26 juillet 2019 - art. 25)

ATTENTES VIS-A-VIS DE L'EMAS

INFORMATION/SENSIBILISATION AU HANDICAP

(Ex : actions de sensibilisation et d'information sur le handicap et les outils d'adaptation et d'accompagnement)

Attendus :

APPUI/CONSEIL RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DE L'ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP

(Ex : réunions communes pour analyser les difficultés, les besoins, s'approprier les approches recommandées, et envisager de nouvelles pistes d'adaptation possibles)

Attendus :

DEMANDE D'APPUI/EXPERTISE POUR GESTION D'UNE SITUATION DIFFICILE AVEC L'ELEVE

(Ex : réunion technique visant à la compréhension d'une situation et les réaménagements envisageables)

Attendus :

ÉLÈVE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :

Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :

Coordonnées du/des représentant(s) légal(aux)

Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone :

Adresse mail :

Information faite au(x) représentant(s)
légal(aux) du recours à l'EMAS en date du :

Signature du formulaire de consentement
par le(s) représentant(s) légal(aux) :

Oui

Non

**IMPORTANT : Merci d'informer les représentants légaux que l'appui de l'EMAS nécessitera le partage d'informations
nécessaire au soutien de la scolarité de leur enfant (ex : GEVASco...)**

Ressources mobilisées/aménagements pédagogiques, cocher et préciser :

Outil(s) mis en place :

- Plan Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)
- Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)
- Plan d'Accueil Individualisé (PAI)
- Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS)
- Programmation Adaptée des Objectifs d'Apprentissage (PAOA)
- Autres, préciser :

Ressource(s) d'appui sollicitée(s)

- Professionnel Education Nationale, préciser :
- Professionnel Médico-social, préciser :
- Professionnel libéral, préciser :
- Autres, préciser :

Suivis extérieurs, préciser (en cours ou en attente) :

AVIS ET/OU RECOMMANDATION SUR INTERVENTION (si saisine Education Nationale)²

La saisine de l'EMAS suppose que l'ensemble des dispositifs d'aides prévu par le droit commun ait été mis en place (PPRE, RASED...)

IEN-CCPD ou chef d'établissement / directeur d'école :

INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA SAISINE

EMAS / Pôle ASH

Saisine reçue le :

Validation :

- Oui
- Non

² Fiche à envoyer au secrétariat du Pôle ASH : poleashsecretariat60@ac-amiens.fr et equipe.mobile@lespepgrandoise.org