

FICHE DE SAISINE DU PAS

Date de la saisine :

1. QUI SOLLICITE LE PAS ?

☐ Famille / représentant légal

☐ École / établissement

Nom du rédacteur :

Lien / fonction :

Téléphone :

Courriel :

Si la demande est faite par l'établissement, la famille doit être informée de la saisine du PAS avant la prise de contact.

2. ÉLÈVE CONCERNÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe / niveau :

École / établissement :

3. COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Représentant légal 1 - Nom / prénom :

Représentant légal 2 - Nom / prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Courriel :

Courriel :

Adresse :

Adresse :

4. MOTIF DE LA DEMANDE

Quelles difficultés sont observées ? (apprentissage, comportement, autonomie, relations, assiduité...)

Quelles réponses / adaptations ont déjà été mises en place ? Quels effets ?

5. CE QUI EST ATTENDU DU PAS

☐ Orientation de l'élève

☐ Conseils / pistes d'adaptation en classe

☐ Accompagnement ponctuel de l'élève / de l'équipe

☐ Mise en lien / coordination

Précisions :

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE & ACCORDS PARENTAUX

6. DÉMARCHES ET ACCOMPAGNEMENTS DÉJÀ ENGAGÉS

Rencontre avec la famille / l'école : ☐ OUI ☐ NON Bilans effectués / en cours : ☐ OUI ☐ NON

Dossier MDPH : ☐ Oui ☐ Non ☐ Demande en cours ☐ Refus / non souhaité

N° LPI (à remplir par l'établissement) :

Réunions déjà tenues : ☐ Équipe éducative ☐ ESS Autre :

Accompagnements / soins extérieurs connus (libéral, CMP, CMPP, CAMSP, SESSAD, hôpital de jour...)

7. ÉLÉMENTS UTILES À TRANSMETTRE AU PAS

Points d'appui, intérêts, réussites, situations facilitantes :

Autres informations utiles / disponibilités pour être rappelé :

8. CONSENTEMENTS DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX - APRÈS ÉCHANGE AVEC LE BINÔME DU PAS

Les deux consentements ci-dessous sont indépendants. Le refus de l'un n'entraîne pas le refus de l'autre.

1. Observation / accompagnement dans l'environnement scolaire

J'autorise le Pôle d'Appui à la Scolarité à observer et/ou accompagner mon enfant dans son environnement scolaire et, si nécessaire, périscolaire, dans le seul but d'identifier ses besoins et de proposer des réponses adaptées à sa scolarité.

☐ J'ACCORDE MON CONSENTEMENT

☐ JE N'ACCORDE PAS MON CONSENTEMENT

2. Échanges avec les partenaires libéraux et médico-sociaux

J'autorise le PAS à prendre contact avec les professionnels libéraux et/ou médico-sociaux qui accompagnent mon enfant et à échanger avec eux uniquement les informations nécessaires à la compréhension de ses besoins et à la coordination de son parcours scolaire. Cet accord peut être retiré à tout moment auprès du PAS.

☐ J'ACCORDE MON CONSENTEMENT

☐ JE N'ACCORDE PAS MON CONSENTEMENT

Professionnels / structures pouvant être contactés (si connus) :

9. VALIDATION

Nom(s) du/des représentant(s) légal(aux) :

Date :

Signature représentant légal 1 :

Signature représentant légal 2 :