

## Fiche de saisine du PAS par l'établissement scolaire

Fiche à envoyer à l'adresse ci-dessous : pas-08-sud-ouest@ac-reims.fr

Date de saisine :

### ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Nom : .....	Niveau classe : .....
Adresse : .....	Rédacteur : .....
Téléphone : .....	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal : .....
Mail : .....	.....
	.....

### ÉLÈVE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Niveau classe : .....

### COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 1

### COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2

Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Adresse postale : .....	Adresse postale : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....

La famille est-elle  
informée de la saisine du  
PAS ?

☐ Oui  
Si oui, connaît-elle le motif de la saisine ?

☐ Non  
Si non, pourquoi ?

Accompagnements  
externes  
(soins et accompagnements  
en cours (CAMSP, CMPP,  
CMP, Hôpital de jour,  
libéral...))

Numéro LPI

.....

Equipe éducative

☐ Oui ☐ Non

Dossier MDPH

☐ Oui, n° du dossier ..... ☐ Non ☐ Refus ☐ Demande en cours

ESS

Date de la dernière ESS : .....  
ESS prévue le : .....

### DEMARCHES DEJA ENTREPRISES POUR CET ELEVE

Rendez- vous avec la famille : ☐ Oui ☐ Non

Date de la rencontre :

Bilans paramédicaux (effectués ou en cours)

☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez (+ date) :



### ADAPTATIONS MISES EN PLACE

Accompagnement RASED : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez (nom et spécificité de l'intervenant, compétences travaillées...) : .....

.....

☐ PPRE

☐ PAP

☐ PAI

☐ Autres, précisez :

### MOTIFS DE LA DEMANDE

Quelle est la nature des difficultés rencontrées ?

Quelles sont les réponses déjà apportées ?

Ex : aménagements et/ou adaptations ...

### ETAT D'AVANCEMENT (partie réservée à l'équipe du PAS)

Date de la demande :

Date de rencontre avec la famille :

*Délai entre la demande et la rencontre :*

Date de rencontre avec l'établissement scolaire :

*Délai entre la demande et la rencontre :*

Type de réponse apportée :

☐ Pédagogique

Date :

Délai :

☐ MPA

Date :

Délai :

☐ Médico-social

Date :

Délai :