

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

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

Date de saisine :

**ÉCOLE / ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE**

Nom : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....  
 Mail : .....

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

**ÉLÈVE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE**

Nom : .....  
 Date de naissance : .....

Prénom : .....  
 Niveau classe : .....

**COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 1**

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

**COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2**

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

- |  |        |         |
|--|--------|---------|
| <input type="checkbox"/> Pédagogique   | Date : | Délai : |
| <input type="checkbox"/> MPA           | Date : | Délai : |
| <input type="checkbox"/> Médico-social | Date : | Délai : |