

PAS ARDENNES THIERACHE

Fiche saisine du PAS par les responsables légaux de l'enfant

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

Date de la saisine :

VOTRE ENFANT

Nom et prénom :
 Date de naissance :
 Adresse de l'enfant :

Etablissement scolaire :
 Niveau de classe :
 Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :

COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 1

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

Je soussigné autorise
 le PAS*

- à intervenir auprès de l'élève
 à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS

Date :
 Signature :

COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2

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

Je soussigné autorise
 le PAS*

- à intervenir auprès de l'élève
 à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS

Date :
 Signature :

*il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical ou du médico-social

CEUX QUI VOUS AIDENT

Nom

Coordonnées

Aide Educative à Domicile		
Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)		
Famille d'accueil		
Maisons d'Enfants à Caractère Social		
Autre (travailleur social : CCAS, associations d'aide aux réfugiés...)		

REPONSES APORTEES A CE JOUR

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aide au sein de l'école ? (PPRE, RASED, prêt de matériel ...)

- Oui
 Non

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aide à l'extérieur de l'école ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orthophonistes | <input type="checkbox"/> CAMSP |
| <input type="checkbox"/> Psychomotriciens | <input type="checkbox"/> SESSAD |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> CMPP | |

DEMARCHES DEJA ENTREPRISES

Rendez-vous avec l'établissement scolaire : Oui Non Si oui, avec qui ?

Bilans médicaux ou paramédicaux (effectués ou en cours) : Oui, lesquels Non

Etes-vous en attente de réponse de la MDPH ? : Oui Non Refus

L'enfant a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ? : Oui, n° de dossier : Non

SELON VOUS

Quelles sont les réussites de votre enfant ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ?

Comment votre enfant se sent – il à l'école ?

Quelles sont les questions que vous vous posez sur la scolarité de votre enfant ?

Quelles sont vos attentes envers le PAS ?

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 :

Type de réponse apportée :

Pédagogique

Date :

Délai :

MPA

Date :

Délai :

Médico-social

Date :

Délai :