****

**Document de demande d’activation de l’EMAS**

**Equipe Mobile d’Appui médico-social pour la Scolarisation des élèves en situation de handicap**

***equipemobile08@gmail.com***  ***Tel : 03 24 54 86 21***

Date :

Etablissement scolaire :

Professionnel souhaitant l’intervention de l’EMAS :

Fonction : Tél : Mail :

Motifs de la demande :

Elève(s) en situation de handicap concerné(s) :

|  |
| --- |
| **Modalités de validation** |
| Premier degré | Validation de l’IEN de circonscription pour transmission de la demande à l’EMAS | Date :Directeur d’écoleSignature | Date :IEN de circonscriptionSignature |
| Second degré | Validation du chef d’établissement pour transmission de la demande à l’EMAS | Date : Chef d’établissementSignature |
| Temps périscolaire | Validation du maire de la commune pour transmission de la demande à l’EMAS | Date : Maire de la communeSignature |