

**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](mailto: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'école  Signature	Date :  IEN de circonscription  Signature
Second degré	Validation du chef d'établissement pour transmission de la demande à l'EMAS  · <b>Mail : <i>equipemobile08@gmail.com</i></b>  · <b>Tel : 03 24 54 86 21</b>	Date :  Chef d'établissement  Signature	