**Service de l’école inclusive**

**IEN ASH du Bas Rhin**



Fiche de saisine

Professeurs ressource SEI

A transmettre par mail : ([professeur.ressource.tsa67@ac-strasbourg.fr](mailto:professeur.ressource.tsa67@ac-strasbourg.fr) ou [professeur.ressource.tnd67@ac-strasbourg.fr](mailto:professeur.ressource.tnd67@ac-strasbourg.fr) )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées de l'Etablissement scolaire** | | |
| Nom de l’établissement : | | |
| Adresse | : | |
| Nom du directeur / chef d’établissement/IEN : | | |
| Tel : |  | Mail : |
| **Coordonnées du rédacteur de la demande** | | |
| Nom et prénom : | | |
| Fonction : | | |
| Tel : |  | Mail : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vous êtes :** | |
| Nom et prénom  : | |
| Mail utilisé : | Téléphone : |
| Mail académique : | Niveau de classe : |
| Ancienneté de service : | Ancienneté dans l’école/ le niveau/ le dispositif : |
| **CONTEXTE DE VOTRE DEMANDE** | |
| Motifs de votre sollicitation | |
|  | |
| Attendus en termes d'accompagnement : | |
| Conseils, soutien Outils, ressources  Action de sensibilisation, d’information Action de formation  Préciser : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vous êtes :** | |
| Nom et prénom : | |
| Mail utilisé : | Téléphone : |
| Mail académique : | Niveau de classe : |
| Ancienneté de service : | Ancienneté dans l’école/ le niveau/ le dispositif : |
| **CONTEXTE DE VOTRE DEMANDE** | |
| Motifs de votre sollicitation | |
|  | |
| Attendus en termes d'accompagnement : | |
| Conseils, soutien Outils, ressources  Action de sensibilisation, d’information Action de formation  Préciser : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **L'ELEVE** | |
| Nom et prénom :  Sexe : féminin masculin autre | |
| Classe : | Date de naissance : |
| Notification MDPH : | |
| **ENTOURAGE DE L'ELEVE** | |
| **Coordonnées du/des représentants légaux :**  Nom et prénom :  Mail : Tel :  La relation entre les parents et l’école est-elle collaborative ?  Préciser : | |
| **Mesure sociale** : Oui Non  Si oui, nom et coordonnées du référent :  Mail : Tel : | |
| **Coordonnées de l'enseignant référent (ERSEH) :**  Nom et prénom :  Mail : [Tel :](Tel:________________________) | |
| **SCOLARITE** | |
| **Maintien** : oui non (préciser le niveau) :  **Fréquentation**: absences rares nombreuses Remarques :  Signalement absence ? | |
| **Signalement faits établissements :** (date et nature) | |
| **Informations préoccupantes :** (date et nature) | |
| **AMENAGEMENTS ET COMPENSATIONS :** | |
| PPRE/PAP/PAI (*barrer la mention inutile*) depuis le :  Nom du médecin EN (*si sollicité*) :  PPS depuis le :  AESH depuis le :  ULIS depuis le :  Matériel pédagogique adapté depuis le :  Emploi du temps aménagé : oui non   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | LUNDI | MARDI | MERCREDI | JEUDI | VENDREDI | | Matin |  |  |  |  |  | | Après-midi |  |  |  |  |  |   *Indiquez la présence de l’élève par une croix*  Autres aménagements : | |
| **SUIVI EN COURS** | |
| RASED depuis le :  Préciser la nature du suivi et le nom des acteurs sollicités :  Hôpital de jour CMP / CMPP / CAMSP SESSAD/ Service Ambulatoire CRA PCO  Autre établissement médico-social (Préciser : )  Orthophoniste Psychomotricien Ergothérapeute Educateur (AED, AEMO, autre)  Équipe Mobile d’Appui à la Scolarisation Équipe Mobile Ressource Équipe Mobile de Sécurité  Autres (à préciser) :  Préciser les dates de débuts de suivi : | |
| **POINTS D’APPUI** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Capacités/Connaissances/Compétences | Réussites |
| Apprentissages |  |  |
| Comportement et relations aux autres |  |  |
| Communication orale |  |  |

|  |
| --- |
| **NATURE DES DIFFICULTES RENCONTREES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Constats | Réponses et adaptations déjà en place | Effet des adaptations |
| Apprentissages |  |  |  |
| Comportement et relations aux autres |  |  |  |
| Communication orale |  |  |  |

|  |
| --- |
| Motifs de votre sollicitation |
|  |
| Vos attentes et besoins |
| Conseils, soutien  Outils, ressources  Action de sensibilisation, d’information  Action de formation  Préciser : |

**Date de saisine**:

|  |
| --- |
| Signature du/des demandeur(s) : |

**☛Documents joints :**

CR équipe éducative, ESS

GEVASco

PPRE

PAP

Emploi du temps aménagé

Autres (préciser) :