**Service de l’école inclusive**

**IEN ASH du Bas Rhin**



Fiche de saisine

Pôle ressource Service de l’Ecole inclusive

|  |
| --- |
| ⚠Avant de compléter cette fiche de saisine, merci de préciser :  **Le Niveau 1 : L'enseignant et l’équipe pédagogique ont été mobilisés.**  **Le Niveau 2** : **Le pôle ressource de Circonscription pour le 1er degré et les ressources internes à l’établissement pour le second degré a/ont été mobilisé.es.** |

Niveau 3 : En cas de difficultés persistantes, l’IEN ou le chef d’établissement transmet cette fiche de saisine.

A transmettre par mail : [pole.ressource.sei67@ac-strasbourg.fr](mailto:pole.ressource.sei67@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**  (1erdegré : équipe pédagogique de l’école+ circonscription/ 2nddegré : équipe ressource de l’établissement) | | |
| Nom et prénom : | | |
| Fonction : | | |
| Tel : |  | Mail : |

*Votre demande pourra concerner une intervention de sensibilisation d’une équipe, l’accompagnement d’un enseignant ou d’un élève :*

La demande concerne une intervention de sensibilisation auprès de l’équipe

*(Actions de sensibilisation sur le handicap, formation à des outils d'adaptation et d'accompagnement, etc.)*

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

La demande concerne une demande d'accompagnement d’un enseignant :

|  |  |
| --- | --- |
| L’ENSEIGNANT : | |
| Nom et prénom : | |
| Mail : | Tel : |
| Affectation : | Niveau de classe : |
| Ancienneté de service (T1, T2…) : | Ancienneté dans l’école/niveau/dispositif : |
| Motifs de votre sollicitation | |
|  | |
| Attendus en termes d'accompagnement : | |
|  | |

La demande concerne une demande d'appui en lien avec la situation d'un élève

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L'ELEVE** | | |
| Nom et prénom :  Sexe : féminin masculin autre | | |
| Classe : | | Date de naissance : |
| Notification MDPH : | | |
| Fratrie et niveau de classe des frères et sœurs : | | |
| **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 ? Oui Non - 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 depuis le :  PAP depuis le :  PAI 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 (à joindre le cas échéant)  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 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **CONTEXTE DE VOTRE DEMANDE** |
| **Motifs de votre sollicitation** |
|  |
| **Vos attentes et besoins :** |
|  |

Date de saisine :

|  |
| --- |
| Visa **du chef d'établissement/ de l’IEN** : |

☛Documents joints :

CR équipe éducative, ESS

GEVA-sco

PPRE

PAP

Emploi du temps aménagé

Autres (Il pourrait être intéressant, dans la mesure du possible, de transmettre les préconisations du RASED, Psy-En EDA, intervenants extérieurs…) :