|  |  |
| --- | --- |
|  | **Première demande d’un matériel pédagogique adapté (MPA)**  **Evaluation du besoin en situation scolaire** |

Le prêt de Matériel Pédagogique Adapté (MPA) est prévu afin de faciliter l’accès à l’autonomie des élèves en situation de handicap au cours de leur scolarisation.

Le prêt de ce matériel relève de la compétence des services de la DSDEN (direction des services départementaux de l’éducation nationale) **après notification de la MDPH**.

**Ce matériel doit permettre une accessibilité aux apprentissages**.

L’utilisation de ce matériel est souvent conditionnée par la capacité de maîtrise de l’outil informatique par le jeune, c’est pourquoi une attention particulière à **la formation et à l’accompagnement** sera prise en compte. Si l’élève ne maîtrise pas cet outil, il peut devenir un obstacle aux apprentissages.

Pour répondre de façon satisfaisante aux besoins des élèves, il est nécessaire de renseigner de manière explicite le formulaire de demande d’équipement en précisant les impossibilités ou difficultés constatées en termes de tâches scolaires, la nature des adaptations pédagogiques souhaitables pour favoriser l’accès aux apprentissages et à l’autonomie de l’élève et d’en montrer les bénéfices attendus.

Pour tout conseil d’équipement informatique ou de logiciels**, une aide doit être demandée aux professionnels de soin de l’enfant** (ergothérapeutes et orthophonistes, SSESD)

|  |
| --- |
| Nom et prénom :  Date de naissance : |
| Nom, prénom des représentants légaux :  Adresse :  Coordonnées téléphoniques :  Courriel : |
| ERSEH + courriel : |
| Professionnel de santé ou équipe de soins associé.e à la demande + courriel : |
| Etablissement scolaire fréquenté :  Classe : |

**Suivi de l’élève**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Service de soins  lequel ? | Orthophonie | Psychomotricien | Autres |
| Ergothérapeute | Orthoptiste |
| Nom et fonction des personnes qui pourront accompagner l’élève dans l’usage de l’outil numérique  : | | | |

**Besoins ou troubles identifiés de l’élève ayant motivé la demande**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lecture | Calligraphie / graphique | | Transcription /encodage | | Géométrie |
| Visuels | Auditifs | Moteurs | Communication / langage | Autre : | |

Troubles associés : NON  OUI  Lesquels ?

|  |  |
| --- | --- |
| Adaptations **déjà mises en place** dans le cadre de la classe  Mise en page adaptée des exercices et des évaluations  Allégement de la quantité d’écrit à lire / à produire  Consigne oralisée  Dictée à l’adulte  Photocopie des cours  Autres | Adaptation et compensation **attendues** avec l’utilisation du Matériel Pédagogique Adapté |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Matériel  **préconisé**  **par le professionnel de santé ou l’équipe de soins** *(à justifier)* | Ordinateur PC 17 pouces | Ordinateur PC 15 pouces | Ordinateur PC 14 pouces | Ordinateur PC  13 pouces | | Tactile  Détachable | FullHD  Léger |
| Guide-doigts pour clavier  Trackball  Micro HF   Machine Perkins   Plage braille nom : | | Tablette Android  Tablette Windows  Tablette Ipad  Clavier bluetooth  Adaptateur USB | | Réglette scanner  Souris scanner  Casque-micro  Autre : | | |
| Logiciels **hors** Pack Logiciels 67-68 (préciser la version) : | | | | | | |
| Si des caractéristiques techniques vous semblent indispensables, merci de les mentionner ci-dessous *(à justifier)* | | | | | | | |

**Date de la demande :**

**Signatures** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Parents | Directeur /chef d’établissement | Professionnel de santé ou équipe de soins associé.e à la demande |