**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

|  |
| --- |
| **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, ressourcesPréciser :       | [ ] 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 [ ] NonSi oui, nom et coordonnées du référent :      Mail :       Tel :       |
| **Coordonnées de l'enseignant référent (ERSEH) :**Nom et prénom :      Mail :       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…) :