

Envoi de la saisine au courriel : professeurressource-seconddegre@ac-paris.fr

MODALITES D'INTERVENTION

- Visite 1 : Observation (1h environ) suivie d'un entretien sans élèves (30 min) en présence, si possible, de l'AESH. Entretien à organiser par l'équipe pédagogique
- Transmission de axes de travail: objectifs ciblés et propositions concrètes
- Visite 2 : Nouvelle observation suivie d'un entretien (même conditions que pour la V1). Analyse de la mise en œuvre des recommandations issues de la V1
- Suite de l'intervention : poursuite, clôture ou sollicitation d'autres partenaires

Nom du professeur principal :

Date de la demande :

Courriel du professeur principal :

PARTIE 1 – INFORMATIONS SUR L'ELEVE

Nom Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Ressources sollicitées		Date de sollicitation	Intervention	
			Oui / Date	Non
Pôle d'Appui à la Scolarité (PAS)	☐		☐	☐
RASED Relationnel	☐		☐	☐
RASED pédagogique	☐		☐	☐
RASED PsyEN	☐		☐	☐
Pôle ressource de circonscription	☐		☐	☐
R'école (mission ECP)	☐		☐	☐
Professeur ressource	☐		☐	☐
EMASCO	☐		☐	☐
AESH BAM	☐		☐	☐
Chargé de mission autisme	☐		☐	☐

L'élève bénéficie de :

☐ PAI ☐ PPRE ☐ PAP ☐ PPS

☐ Demande de reconnaissance MDPH en cours

Si l'élève bénéficie d'un PPS, est-ce avec une notification :

☐ AESH Nom et courriel AESH :

☐ ULIS Typologie :

Nom et courriel coordonnateur :

☐ UE

☐ IME

☐ SESSAD

Suivi extérieur (libéral/centre de soin) :

- ☐ CMP
- ☐ CMPP
- ☐ SESSAD
- ☐ HDJ
- ☐ IME
- ☐ Libéral

- ☐ Pédopsychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychomotricien
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Educateur

Informations complémentaires :

- ☐ Faits établissement
- ☐ IP
 - Place dans la fratrie
 - Relation école/famille
- ☐ Absentéisme
- ☐ Exclusion

PARTIE 2 – INFORMATIONS SUR L'ETABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT :

- ☐ COLLEGE
- ☐ LGT
- ☐ LP
- ☐ REP
- ☐ REP+

Adresse de l'établissement :

Arrondissement :

NOM du chef d'établissement :

Courriel :

Téléphone :

NOM du CPE :

Courriel :

Téléphone :

NOM du psychologue EN :

Courriel :

Téléphone :

NOM de l'infirmière scolaire :

Courriel :

Téléphone :

NOM du médecin scolaire :

Courriel :

Téléphone :

NOM de l'ERSEH (Si reconnaissance MDPH) :

Courriel :

Téléphone :

PARTIE 3 – OBJET DE LA DEMANDE

Situation de l'élève au sein de la classe et de l'établissement scolaire :

Quels sont **les points d'appui** de cet élève (ce qu'il sait faire, au niveau des apprentissages, des relations sociales, ses centres d'intérêts, etc.)

Les **difficultés de votre élève** se situent selon vos observations et votre analyse (cocher les cases) au niveau :

- De la communication et des interactions sociales
- De l'engagement dans les apprentissages
- Du comportement et des attitudes
- Du langage oral
- Du langage écrit
- De la motricité fine
- De la motricité globale
- Des troubles sensoriels
- De domaines disciplinaires
- Autre :

Précisez :

Votre demande d'accompagnement aurait pour **objectif** de (cocher la case) :

- Envisager une observation en classe pour vous aider à mieux comprendre le fonctionnement de l'élève et envisager des outils d'adaptation
- Une aide pour la préparation d'une réunion d'équipe de suivi de scolarisation (ESS) ou Réunion d'équipe éducative
- Une aide à la mise en place d'aménagements et outils en collaboration avec l'AESH ou les services de soin
- Autre :

Intéressé par une visite groupée pour 3 élèves maximum/ jours : OUI NON

PARTIE 4 – EMPLOI DU TEMPS DE L'ÉLÈVE

Joindre l'emploi du temps PRONOTE **annuel et effectif** (précisez si suivi extérieur) de l'élève.

Joindre l'emploi du temps de l'AESH mentionnant le temps effectif d'accompagnement

Rappel : le chef d'établissement doit *informer la famille de la demande d'intervention auprès de l'élève. Il la transmet également pour information à l'enseignant référent de l'élève en situation de handicap (ERSEH)*

Je m'engage à prévenir le professeur qui accueillera la visite en amont de celle-ci.

NOM (ou signature électronique) du chef d'établissement :

NOM (ou signature électronique) du professeur principal :