



**Fiche saisine du PAS par les responsables légaux de l'enfant**

Fiche à envoyer à l'adresse suivante : pas-08-sud-ouest@ac-reims.fr

**Date de la saisine :**

**VOTRE ENFANT**

Nom et prénom :  
Date de naissance :  
Adresse de l'enfant :

Etablissement scolaire :  
Niveau de classe :  
Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :

**COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 1**

Nom et prénom :  
Adresse postale :  
Téléphone :  
Adresse mail :

Je soussigné autorise le PAS\*

- ☐ à intervenir auprès de l'élève  
☐ à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS

Date :  
Signature :

**COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2**

Nom et prénom :  
Adresse postale :  
Téléphone :  
Adresse mail :

Je soussigné autorise le PAS\*

- ☐ à intervenir auprès de l'élève  
☐ à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS

Date :  
Signature :

*\*il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur du PAS, de tous les personnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'ils relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du paramédical ou du médico-social*

**CEUX QUI VOUS AIDENT**

	Nom	Coordonnées
Aide Educative à Domicile		
Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)		
Famille d'accueil		
Maisons d'Enfants à Caractère Social		
Autre (travailleur social : CCAS, associations d'aide aux réfugiés...)		

**REPONSES APPORTEES A CE JOUR**

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aide au sein de l'école ? (PPRE, RASED, prêt de matériel ...)

- ☐ Oui  
☐ Non

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aide à l'extérieur de l'école ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orthophonistes   | <input type="checkbox"/> CAMSP             |
| <input type="checkbox"/> Psychomotriciens | <input type="checkbox"/> SESSAD            |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes  | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> CMPP             |  |



### DEMARCHES DEJA ENTREPRISES

Rendez-vous avec l'établissement scolaire : ☐ Oui ☐ Non Si oui, avec qui ?

Bilans médicaux ou paramédicaux (effectués ou en cours) : ☐ Oui, lesquels ☐ Non

Etes-vous en attente de réponse de la MDPH ? : ☐ Oui ☐ Non ☐ Refus

L'enfant a-t-il un dossier MDPH en cours de validité ? : ☐ Oui, n° de dossier : ☐ Non

### SELON VOUS

Quelles sont les réussites de votre enfant ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ?

Comment votre enfant se sent – il à l'école ?

Quelles sont les questions que vous vous posez sur la scolarité de votre enfant ?

Quelles sont vos attentes envers le PAS ?

### ETAT D'AVANCEMENT (partie réservée à l'équipe du PAS)

Date de la demande :

Date de rencontre avec la famille :

Délai entre la demande et la rencontre :

Type de réponse apportée :

☐ Pédagogique

Date :

Délai :

☐ Matériel (outils numériques)

Date :

Délai :

☐ Médico-social

Date :

Délai :