

## PAS ARDENNES SUD OUEST

### 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 le PAS* <input type="checkbox"/> à intervenir auprès de l'élève <input type="checkbox"/> à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS	autorise
Date : Signature :	

#### COORDONNEES DU REPRESENTANT LEGAL 2

Nom et prénom : Adresse postale : Téléphone : Adresse mail :  Je soussigné le PAS* <input type="checkbox"/> à intervenir auprès de l'élève <input type="checkbox"/> à transmettre les documents nécessaires à l'équipe du PAS	autorise
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 APORTEES 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 :

- |   |        |         |
|---|--------|---------|
| <input type="checkbox"/> Pédagogique                  | Date : | Délai : |
| <input type="checkbox"/> Matériel (outils numériques) | Date : | Délai : |
| <input type="checkbox"/> Médico-social                | Date : | Délai : |