ACADÉMIE DE LYON
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

itinova
UN CHEMIN POUR CHACUN

DATE DE LA SAISINE :

Fiche saisine de l'Équipe du Pole d'Appui à la Scolarité par les responsables légaux

LACASSAGNE *Fiche à envoyer à : pas-dufy.0693020h@ac-lyon.fr*

ÉLÈVE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Niveau de classe :
Établissement scolaire :	Nom de l'enseignant de la classe ou professeur principal :

REPRÉSENTANT LÉGAL 1	**REPRÉSENTANT LÉGAL 2**
Nom/prénom :	Nom/prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Mail :	Mail :

DÉMARCHES ENTREPRISES

Quelles démarches avez-vous déjà entreprises pour votre enfant ?

Rendez-vous avec l'établissement scolaire ?	☐ Oui	☐ Non
Bilans effectués ? *Si oui, lesquels ?*	☐ Oui	☐ Non
Bilans en cours ? *Si oui, lesquels ?*	☐ Oui	☐ Non
Votre enfant est-il notifié auprès de la MDMPH	☐ Oui	☐ Non
Votre enfant bénéficie-t-il d'accompagnement(s) spécifique(s) ? *Si oui, lesquels ?*	☐ Oui	☐ Non

LA DEMANDE

Selon vous, quels sont les domaines de réussites de votre enfant ?

Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées par votre enfant ?

Comment votre enfant se sent-il dans son établissement scolaire ?

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

Quelles sont vos attentes envers le PAS ?

L'établissement scolaire a-t-il été informé de la saisine du PAS ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Pour information, suite à votre saisine, l'établissement sera informé de votre sollicitation auprès du PAS.

AUTORISATION D'INTERVENTION

Je soussigné(e) autorise le PAS* ☐ à intervenir auprès de mon enfant dans le cadre scolaire. ☐ à échanger des informations et documents avec les professionnels impliqués dans le suivi de mon enfant afin d'évaluer ses besoins. Je souhaite que le PAS me contacte par : ☐ mail ☐ téléphone Date : Signature :	Je soussigné(e) autorise le PAS* ☐ à intervenir auprès de mon enfant dans le cadre scolaire. ☐ à échanger des informations et documents avec les professionnels impliqués dans le suivi de mon enfant afin d'évaluer ses besoins. Je souhaite que le PAS me contacte par : ☐ mail ☐ téléphone Date : Signature :

**Il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur du PAS, de l'éducateur spécialisé 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.*