

FICHE DE SAISINE DE L'ÉQUIPE MOBILE D'APPUI A LA SCOLARISATION (EMAS)

L'EMAS AU SEIN DE NOTRE ÉTABLISSEMENT

L'EMAS est un dispositif financé par l'ARS au service de tous les membres de la communauté éducative dans le cadre de leurs missions scolaires ou périscolaires.

L'EMAS au sein de notre établissement a pour objectif de « *renforcer la scolarisation des élèves en situation de handicap, en apportant une expertise et des ressources aux établissements scolaires et auprès de la communauté éducative* »¹. Cela se traduit par l'accompagnement des équipes dans la compréhension des troubles et l'accompagnement à la mise en place d'aménagement. Nos interventions se déroulent principalement sur le milieu scolaire et si nécessaire au domicile de l'enfant.

L'EMAS est un dispositif souple, réactif et accessible à tous les professionnels de la communauté éducative. **L'EMAS ne se substitue pas aux dispositifs d'aides mis en place par l'Éducation Nationale mais intervient après sollicitation du pôle ressource de circonscription uniquement pour le 1^{er} degré.**

COMMENT SAISIR L'EMAS

1

Etape 1 : Remplir la feuille de saisine.

2

Etape 2 : Pour le 1^{er} degré faire viser la saisine par le directeur d'établissement scolaire et l'inspecteur de l'éducation nationale.

Pour le 2^{ème} degré, faire viser la saisine par le chef d'établissement.

3

Etape 3 : Pour le 1^{er} degré, transmettre la fiche remplie et signée au pôle ressource de circonscription d'Elbeuf

[dsden76-ien-elbeuf@ac-normandie.fr](mailto:dsdn76-ien-elbeuf@ac-normandie.fr) et à emas@imeleclossamson.fr

Pour le 2nd degré, transmettre la fiche remplie et signée à l'adresse mail de l'EMAS :

emas@imeleclossamson.fr

4

Etape 4 : Pour le 1^{er} degré, la situation sera étudiée par le pôle ressource de circonscription et l'équipe de l'EMAS du Clos Samson.

Pour le 2nd degré, la situation sera étudiée par l'équipe de l'EMAS du Clos Samson.

¹ Circulaire n° DGCS/SD3B/2019/138 du 14 juin 2019 relative à la création d'équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap.

DEMANDEUR

Etablissement concerné :

Nom, prénom du demandeur :

Fonction du demandeur :

Date de la demande :

Vos coordonnées :



NATURE DE L'INTERVENTION

Action de Sensibilisation et /ou d'information à destination des professionnels d'un établissement ou d'une classe

SI ACTION DE SENSIBILISATION CHOISIE, VEUILLEZ UNIQUEMENT REMPLIR LA PARTIE SUIVANTE "SENSIBILISATION"

Appui et conseil en cas de difficulté avec un élève

Aide et soutien pour gérer une situation difficile

Participation au repérage précoce

SENSIBILISATION

Thème(s) souhaité(s) :

.....

Personne bénéficiant de la sensibilisation :

Enseignants

AESH

Personnel périscolaire/Personnel de cantine

Personnel de vie scolaire

Elèves

Autres

Combien de personnes concernées :.....

LE JEUNE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

NOM DE FAMILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE VIE :

CLASSE DE SCOLARISATION :

SITUATION DU JEUNE

Les représentants légaux ont-ils été informés de la demande d'intervention auprès de l'EMAS ?

Oui Non

Ont-ils donné leur autorisation écrite ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

Souhaitent-ils prendre contact avec l'EMAS ?

Oui Non

A votre connaissance, l'enfant bénéficie-t-il d'une notification MDPH ?

Oui Non

Si oui :

SESSAD IME Autre établissement :

AESH Nombres d'heures préconisées :

AEEH ULIS Matériel pédagogique adapté

Date de notification MDPH :

L'enfant bénéficie-t-il déjà d'aide et/ou d'aménagement(s) mis en place par l'Education Nationale ?

- | | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Différenciation | <input type="checkbox"/> APC | <input type="checkbox"/> Décloisonnement | <input type="checkbox"/> Aide aux devoirs |
| <input type="checkbox"/> Stage réussite | <input type="checkbox"/> PPRE | <input type="checkbox"/> PAP | <input type="checkbox"/> Réunion d'équipe pédagogique |
| <input type="checkbox"/> Appui RASED | <input type="checkbox"/> Psychologue scolaire | <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | |
| <input type="checkbox"/> Enseignants référents | <input type="checkbox"/> Coordonnateur ULIS | <input type="checkbox"/> Intervention du Professeure Ressource | |

TSA

Pôle ressource Inspecteur de l'éducation nationale

Autre(s) :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI ?

Oui Non Ne sait pas

L'enfant bénéficie-t-il déjà d'aide et/ou d'aménagement mis en place par la ville d'Elbeuf ?

PRE Autre(s) :

Des soins et/ou suivis extérieurs sont-ils en cours ? Oui Non Ne sait pas

Si oui, pouvez-vous préciser la nature des soins :

<input type="checkbox"/> SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) <input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) <input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) <input type="checkbox"/> CAMSP (Centre Action Médico-Social Précoce) <input type="checkbox"/> Unité de l'Enfance (Psychiatrie enfant - Hôpital de Jour) <input type="checkbox"/> DITEP (Dispositif Intégré des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) <input type="checkbox"/> Aide Sociale à l'Enfance	<input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Autre :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Des soins et/ou suivis sont-ils en attente ? Oui Non Ne sait pas

Si oui, pouvez-vous préciser la nature des soins :

<input type="checkbox"/> SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile) <input type="checkbox"/> CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) <input type="checkbox"/> CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) <input type="checkbox"/> CAMSP (Centre Action Médico-Social Précoce) <input type="checkbox"/> Unité de l'Enfance (Psychiatrie enfant - Hôpital de Jour) <input type="checkbox"/> DITEP (Dispositif Intégré des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) <input type="checkbox"/> Aide Sociale à l'Enfance	<input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Autre :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTEXTE DE LA DEMANDE

AFIN DE COMPRENDRE LA SITUATION AVEZ-VOUS DES ELEMENTS A NOUS TRANSMETTRE SUR LA SITUATION DU JEUNE ? (RAPPEL DES FAITS ET CONTEXTE, DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'EQUIPE, INFORMATIONS SUR LE PARCOURS SCOLAIRE...)

.....
.....
.....
.....
.....

DIFFICULTES RENCONTREES (A COCHER ET/OU A DEVELOPPER)

Pour respecter les règles de vie sociale		Pour gérer les actes de la vie quotidienne (périscolaire, cantine...)	
Pour gérer ses relations avec ses pairs (Lien aux autres, isolement, violences verbales / physiques, comportements sociaux, intégration...)		Pour la gestion de son corps (Image de soi, hygiène corporelle, motricité globale, motricité fine, coordinations, déplacements...)	
Pour gérer les relations avec les adultes (Autorité, gestion des remarques, crainte de l'adulte, proximité physique...)		Pour utiliser les supports pédagogiques (Graphisme, organisation, planification, compréhension des consignes...)	
Pour assurer sa propre sécurité (Mise en danger volontaire, compréhension des règles et des risques...)		Pour se repérer dans le temps et l'espace (Intégration des rythmes scolaires, repérage spatial en cours de récréation, ...)	
Pour communiquer (Langage, prise de parole, initiation des interactions...)		Pour maintenir son attention (Durée, moments de la journée, activités, lieux...)	
Pour gérer la frustration et les émotions (Echec, crises, régulation émotionnelle...)		Particularités sensorielles (Absence de réaction, sensibilité au niveau des 5 sens...)	
Autre			

Pièces jointes :

Joindre à la demande tout document déjà rédigé permettant d'étayer la demande

(Fiche de synthèse sur les difficultés rencontrées avec l'enfant / l'élève, pistes de travail en vue de la scolarisation de l'élève, protocole de gestion de crises, CR des actions déjà mises en place...)

Si aucun document en possession, veuillez nous l'indiquer : Pas de document

ACTIONS DEJA ENTREPRISES :

.....

VISA

Visa du demandeur	Visa du directeur / chef d'établissement scolaire	Visa de l'IEN	Visa du directeur de l'IME

Avis après commission de décision :

Favorable

Défavorable

MOTIF SI DEFAVORABLE :

.....

.....

.....

.....

.....