

### FICHE DE SAISINE E.M.A.S

Equipe Mobile d'Appui médico-social à la Scolarisation

## Saisine n°2

### Intervention autour d'une situation d'élève(s)

Grâce à un regard pluridisciplinaire, l'EMAS intervient auprès de l'équipe pédagogique autour d'une situation d'élève qui la questionne. L'intervention de l'EMAS en niveau 2 se fait sur demande de l'équipe pédagogique après concertation avec le directeur d'établissement ou principal(e) et validation de l'inspecteur de l'Education Nationale (pour le 1<sup>er</sup> degré). L'inspecteur s'assurera que le Pôle Ressources ait été saisi au préalable.

#### Objectifs de l'intervention de l'EMAS :

- Proposer à l'équipe pédagogique des apports théoriques et pratiques afin d'enrichir ses connaissances et ses compétences pour une bonne compréhension des capacités et des particularités de l'élève.
- Intervenir en appui à l'équipe pédagogique pour adapter au mieux les conditions de scolarisation, diminuer les risques de dégradation de la situation ou éviter les risques de rupture du parcours scolaire. Et ce, en s'appuyant sur les ressources pédagogiques internes et existantes.
- Présenter des adaptations et aménagements (prêt de matériel, mise en place d'outils...) après des temps d'échanges avec la/les personne(s) intervenant(s) auprès de l'élève et une ou des observation(s) au sein de l'établissement scolaire si nécessaire
- Transmettre par écrit des pistes et des conseils, accompagnés d'un temps d'échange avec le demandeur
- Accompagner les enseignants afin qu'ils soient en mesure de guider les familles vers les ressources du territoire

|  |
|--|
| <p>• Encadré à remplir et à transmettre pour avis :<br/>→ à l'IEN de circonscription ou au principal(e)</p> <p>AVIS :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">Signature :</p> |
|--|

|  |
|--|
| <p>Information faite au(x) représentants légal(aux) du recours à l'EMAS, en date du .....</p> <p>Je soussigné(e) ..... autorise l'établissement et les professionnels de soin à transmettre les documents (GEVA-sco, PPS, bilan, évaluation...) à l'EMAS :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p style="text-align: right;">Signature :</p> |
|--|

|  |
|--|
| <p>• Dès retour positif, le directeur d'établissement ou le principal(e) transmet par mail :</p> <p>▶ à la coordinatrice de l'EMAS Trisomie 21 de Val de Reuil Maëva MOREIRA DAS NEVES : à l'adresse suivante : <a href="mailto:emasvdr@trisomie21-normandie.fr">emasvdr@trisomie21-normandie.fr</a></p> |
|--|

|   |
|---|
| <p><i><b>IMPORTANT :</b> Merci d'informer les représentants légaux que l'intervention de l'EMAS nécessitera le partage d'informations nécessaires au soutien de la scolarité de leur élève que l'EMAS serait susceptible d'intervenir. En ce sens, les parents devront compléter et signer la demande d'autorisation, obligatoire avant tout envoi.</i></p> |
|---|

## Coordonnées du demandeur

Nom de l'établissement demandeur : .....

Adresse : .....

Nom du directeur/chef d'établissement : .....

Nom de l'enseignant/professeur principal: .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Nom de l'enseignant référent du secteur : .....

  

Nom et fonction du demandeur : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## Contexte de saisine

Élève concerné :

2 premières lettres du nom : ..... Prénom : .....

Age : ..... Classe : .....

Un diagnostic est-il connu ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? .....

Si non, quels sont les particularités identifiées ? .....

Notification MDPH

Oui Date : ..... Lesquelles : .....

Non

Aménagements déjà mis en place :

AESHI

AESHM

Temps aménagé Si oui, à quelle fréquence l'élève est-il scolarisé ? .....

Matériel /équipement Si oui, le(s)quel(s) ? .....

Autre(s)

A préciser : .....

Date de la dernière ESS/REE : ..... Date de la prochaine ESS/REE : .....

Ressources mobilisées :

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEN / IEN-ASH        | <input type="checkbox"/> Enseignant ressource         |
| <input type="checkbox"/> CPC                  | <input type="checkbox"/> Enseignant référent          |
| <input type="checkbox"/> PIAL                 | <input type="checkbox"/> Médecin scolaire             |
| <input type="checkbox"/> RASED                | <input type="checkbox"/> Infirmière scolaire          |
| <input type="checkbox"/> Psychologue scolaire | <input type="checkbox"/> Assistante de service social |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....        |   |

L'élève bénéficie-t-il d'un suivi paramédical ou médico-social ?  Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

.....

## Situation et/ou difficultés

Nature des difficultés rencontrées par l'élève (relationnelles, apprentissages, attention, comportement...)

Nature des difficultés rencontrées par l'enseignant :

Actions déjà mises en place ou réponses déjà apportées (aménagements et interventions déjà proposées : PAI, PAP, matériel adapté...) + évaluations ; bilan de ces actions

Freins identifiés face aux actions mises en place :

Réussites, actions mises en place ayant fonctionnées auprès de l'élève :

## Attentes vis-à-vis de l'EMAS

Qu'attendez-vous de notre intervention ?

Pensez-vous avoir besoin d'apports théoriques, sensibilisation sur les particularités de l'élève ou sur la problématique rencontrée ?

Accepteriez-vous :

- des observations en classe
- conseils, nouvelles pistes relatifs à l'accompagnement de l'élève
- des temps d'échanges
- des propositions d'aménagement(s)
- du prêt de matériel
- autres (précisez.....)

Date de la demande :

Date du recueil de la fiche RGPD (autorisation transmission famille) :

**Signature du chef d'établissement :**

**Signature du demandeur (si différent) :**

# CADRE RÉSERVÉ A L'EMAS

## Étapes de l'action proposée

### Réunion de préparation :

Date : .....

Participants : .....

Objectifs définis: .....

### Déroulé de l'action :

Date : ..... Lieu : .....

Participants : .....

Transmission du déroulé de l'action et du cadre :  oui  non

### Action proposée :

Supports utilisés : .....

Supports mis à disposition : .....

## Clôture de l'action

- Transmission du compte rendu au rédacteur de la saisine (qui a la possibilité de le partager avec ses collègues)
- Transmission du questionnaire de satisfaction

Analyse du compte rendu :

- Points forts de l'action :

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

- Axes d'amélioration :

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

Contact à ..... mois de l'intervention

Emergence de nouveaux besoins :

date : .....

- Oui
- Non

Si oui lesquels :

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

Autres remarques :

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

Clôture de l'action

date : .....