

FICHE DE SAISINE DE L'ÉQUIPE DU PÔLE D'APPUI À LA SCOLARITÉ (PAS)

Famille

Date de la saisine :

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

REPRÉSENTANT LÉGAL 1

Nom : Prénom :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

Téléphone :

Mail :

REPRÉSENTANT LÉGAL 2

Nom : Prénom :

Adresse si différente de celle de l'enfant :

Téléphone :

Mail :

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ

Nom de l'établissement :

Classe actuelle :

ACCOMPAGNEMENTS ET MOYENS MIS EN PLACE À CE JOUR

Prise en charge et accompagnement externe (CAMSP, CMPP, PCO, CMP, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue...) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

La demande est à transmettre au secrétariat du PAS : mandy.gomaere@ac-reims.fr

Je, soussigné(e), autorise le PAS à intervenir auprès de mon enfant et autorise l'établissement à transmettre les documents nécessaires le concernant à l'équipe du PAS.

Signature du représentant légal 1 :

Je, soussigné(e), autorise le PAS à intervenir auprès de mon enfant et autorise l'établissement à transmettre les documents nécessaires le concernant à l'équipe du PAS.

Signature du représentant légal 2 :