

Fiche saisine du Pôle d'Appui à la Scolarisation (PAS) par la famille

Fiche à envoyer au PAS de votre secteur (adresses en annexe 1)

SAISINE

Rédacteur de la demande : <input type="text"/>	Fonction du demandeur : <input type="text"/>
Adresse mail du demandeur : <input type="text"/>	Date de la saisine : <input type="text"/>

ÉLÈVE CONCERNÉ PAR LA SAISINE

Nom de l'élève : <input type="text"/>	Prénom de l'élève : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Niveau de classe : <input type="text"/>
Nom de l'établissement scolaire : <input type="text"/>	Enseignant de la classe ou professeur principal : <input type="text"/>

Coordonnées du représentant légal 1	Coordonnées du représentant légal 2	Autres
Nom et Prénom : <input type="text"/>	Nom et Prénom : <input type="text"/>	Nom, Prénom et qualité : <input type="text"/>
Adresse postale : <input type="text"/>	Adresse postale : <input type="text"/>	Adresse postale : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Adresse mail : <input type="text"/>	Adresse mail : <input type="text"/>	Adresse mail : <input type="text"/>
Je soussigné.e, <input type="text"/> autorise le PAS* que je sollicite à intervenir auprès de mon enfant et à transmettre les documents professionnels aux partenaires nécessaires concernés par la situation. Date : <input type="text"/> Signature : <input type="text"/>	Je soussigné.e, <input type="text"/> autorise le PAS* que je sollicite à intervenir auprès de mon enfant et à transmettre les documents professionnels aux partenaires nécessaires concernés par la situation. Date : <input type="text"/> Signature : <input type="text"/>	

* il peut s'agir de l'enseignant coordonnateur ou de l'éducateur du PAS, de tous professionnels concourant à l'aide, à l'accompagnement et au soin, qu'il relèvent du scolaire, de l'éducatif, du sanitaire, du para-médical ou du médico-social.

SITUATION DE MON ENFANT	
Dossier MDPH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> REFUS <input type="checkbox"/> EN COURS
Équipe éducative	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ESS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
RDV avec établissement scolaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'aides au sein de l'école ? <i>(RASED, professeur ressource, prêt de matériel, PPRE, PAP...)</i>	
Accompagnements externes <i>(CAMSP, CMPP, CMP, Hôpital de jour, professionnels libéraux, SESSAD...)</i>	
Bilans (effectués ou en cours) ?	
Diagnostic posé ? Si oui, lequel ?	

MOTIFS DE LA DEMANDE
Selon vous, quelles sont les réussites de votre enfant ?
Selon vous, quelles sont les difficultés de votre enfant ?
Selon vous, comment se sent votre enfant à l'école ?
Quelles sont les questions que vous vous posez quant à sa scolarité ?
Quelles sont vos attentes envers le PAS ?

Annexe 1 : Coordonnées des PAS

PAS	Implantation	Adresse mail
1 – Decize	Cité scolaire Maurice Genevoix DECIZE	pas58-decize@ac-dijon.fr
2 – Château-Chinon	Lycée professionnel F. Mitterrand CHATEAU CHINON	pas58-chateau-chinon@ac-dijon.fr
3 – Varzy	Cité scolaire Le Mont Chatelet VARZY	pas58-varzy@ac-dijon.fr
4 – Cosne	Lycée professionnel Pierre Gilles de Gennes COSNE SUR LOIRE	pas58-cosne@ac-dijon.fr
5 – Alain Colas	Lycée Alain Colas NEVERS	pas58-alaincolas@ac-dijon.fr
6 – Jean Rostand	CIO NEVERS	pas58-jeanrostand@ac-dijon.fr
7 – Jules Renard	Lycée Jules Renard NEVERS	pas58-julesrenard1@ac-dijon.fr
8 – V. Hugo / Courlis	Lycée Jules Renard NEVERS	pas58-julesrenard2@ac-dijon.fr