|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la circonscription ou de l'établissement demandeur :** | **Accord de l’IEN-ASH** |
| A : | Le : |
| ***A réception de ce document, l’IEN ASH étudiera votre demande. Si celle-ci est complète et motivée, elle sera transmise à la/au conseill*ère/conseiller *départemental qui vous communiquera la nature et les modalités d’intervention.*** | |
| Demande d’intervention d’un conseiller départemental du pôle ressource Bobigny 2 ASH | |
| ***Document renseigné par :***   |  |  | | --- | --- | | L’enseignant | Le Conseiller d’Aide à la Scolarisation de la circonscription | | Le psychologue scolaire, le CO-PSY | L'infirmière ou le médecin scolaire | | |

|  |
| --- |
| **Nom de l’élève** :       **Prénom** :  **Date de naissance :** |

|  |
| --- |
| **Ecole ou établissement de l’élève** :  Adresse :  Téléphone :  **Nom du directeur ou du chef d’établissement** :  **Nom de l’enseignant ou du professeur principal** :  **Classe** :       Temps de scolarisation :  Jours de scolarisation :  **Pour le premier degré** : intervention du CAS-EH : OUI  NON  demande EN COURS  *Joindre le Compte-rendu d’observations* |

|  |
| --- |
| Conseillers départementaux et circonscriptions IEN-ASH à solliciter selon les troubles :  Bobigny 3 ASH [Ce.0932257y@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0932257y@ac-creteil.fr) :  Troubles de la fonction auditive, Mme S. Machaux Troubles de la fonction visuelle, Mme C. Plank  Bobigny 2 ASH [Ce.0931904p@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0931904p@ac-creteil.fr)  Troubles des fonctions motrices, Mme C. Konc Troubles spécifiques du langage. Mme C. Papa  Bobigny 3 ASH [Ce.0932257y@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0932257y@ac-creteil.fr)  OU Bobigny 2 ASH [Ce.0931904p@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0931904p@ac-creteil.fr)  Troubles du spectre autistique |

|  |
| --- |
| Un diagnostic a-t-il été posé ? OUI  NON  L’élève a-t-il été vu par le médecin scolaire ? OUI  NON |

|  |
| --- |
| * **Projet personnalisé de scolarisation (PPS)** : OUI  depuis le :   NON  EN COURS |

|  |
| --- |
| **Enseignant référent du secteur :**  Si notification :  AVS i (      h)  AVS m  AVS Co  Matériel pédagogique :  Service de soins : |

|  |
| --- |
| * **Plan d’accompagnement personnalisé (PAP)** : OUI  depuis le :   NON  EN COURS |

|  |
| --- |
| * **Projet d’accueil individualisé (PAI)** : OUI  NON |

|  |
| --- |
| * **Autres partenaires de soins :**   Convention individuelle de scolarisation avec un service médico-social, un service de soins partenaire ou un intervenant libéral : OUI  NON |

|  |
| --- |
| **Situation et besoins de l’élève** : *Vous pouvez joindre les documents qui vous semblent utiles (CR REE...)* |

|  |
| --- |
| **Qu’attendez-vous de la visite du conseiller départemental ?**  Aide à l’observation de l’élève  Aménagements pédagogiques répondant aux besoins de l’élève  Soutien des gestes professionnels à l’enseignant(e)  Participation à une REE ou RESS suite à une observation en classe  Présentation des parcours scolaires possibles (Ulis, établissements spécialisés …)  Autre demande : à préciser |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observations et Signature de l’IEN de la circonscription ou du chef d’établissement :**    ***Transmission UNIQUEMENT PAR COURRIEL***  ***par l’IEN ou le chef d’établissement à l’IEN-ASH référent***  Troubles de la fonction auditive ou de la fonction visuelle : [Ce.0932257y@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0932257y@ac-creteil.fr)  Troubles des fonctions motrices ou spécifiques du langage [*Ce.0931904p@ac-creteil.fr*](mailto:Ce.0931904p@ac-creteil.fr)  Troubles du spectre autistique : [*Ce.0931904p@ac-creteil.fr*](mailto:Ce.0931904p@ac-creteil.fr) OU [Ce.0932257y@ac-creteil.fr](mailto:Ce.0932257y@ac-creteil.fr) | Signature ***le :*** |