|  |  |
| --- | --- |
| **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 : [ ] Troubles de la fonction auditive, Mme S. Machaux [ ] Troubles de la fonction visuelle, Mme C. PlankBobigny 2 ASH Ce.0931904p@ac-creteil.fr  [ ] Troubles des fonctions motrices, Mme C. Konc [ ] Troubles spécifiques du langage. Mme C. PapaBobigny 3 ASH Ce.0932257y@ac-creteil.fr  OU Bobigny 2 ASH 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.frTroubles des fonctions motrices ou spécifiques du langage *Ce.0931904p@ac-creteil.fr*Troubles du spectre autistique : *Ce.0931904p@ac-creteil.fr* OU Ce.0932257y@ac-creteil.fr | Signature ***le :***  |