Pôle d'Appui à la Scolarité (PAS) - Andrézieux

Pôle d'Appui à la Scolarité Andrézieux

" Une équipe, des regards croisés."

Ce document est à envoyer à l'adresse mail correspondant à votre secteur :

Secteur Andrézieux-Bouthéon : pas-andrezieux@ac-lyon.fr
Secteur Chazelles-sur-Lyon : pas-chazelles@ac-lyon.fr
Secteur Saint-Romain-le-Puy : pas-stromain@ac-lyon.fr
Secteur Saint-Bonnet-le-Château : pas-stbonnet@ac-lyon.fr

FICHE SAISINE PAR LA FAMILLE OU LE JEUNE MAJEUR

Date de la demande :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom et prénom :

☐ mère ☐ père ☐ élève majeur ☐ autre responsable (préciser) :

Mail : | Téléphone :

Adresse :

ENFANT / JEUNE CONCERNÉ

Nom et prénom :

Date de naissance :

École / établissement scolaire : | Classe :

DÉMARCHES ET AIDES DÉJÀ MISES EN PLACE

Avez-vous déjà échangé avec l'école / l'établissement au sujet de cette situation ? ☐ Oui ☐ Non

Des bilans ou accompagnements ont-ils été réalisés ou sont-ils en cours ?
Ex. : orthophoniste, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, service d'accompagnement, professionnel de santé…

Qu'est-ce qui a déjà été proposé ou mis en place dans l'établissement scolaire ?

☐ PPRE ☐ PAP ☐ PAI ☐ pôle ressources

☐ autres aménagements, préciser (outils, matériel pédagogique, informatique …) :

Votre enfant bénéficie-t-il d'une notification MDPH ? ☐ Oui ☐ Non ☐ en cours

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

aimcp loire

Académie de Lyon Liberté Égalité Fraternité — Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire

LA SITUATION DE VOTRE ENFANT DANS L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

Comment votre enfant se sent-il à l'école ?	Qu'est-ce qu'il apprécie à l'école ?
Selon vous, quelles sont ses réussites à l'école ?	Selon vous, quelles sont ses difficultés à l'école ?

Qu'est-ce qui l'aide habituellement lorsqu'il rencontre une difficulté ?
Ex. : reformuler une consigne, prendre plus de temps, support visuel, pause, endroit calme, encouragement, adulte repère…

VOTRE DEMANDE AU PAS

Qu'est-ce qui vous préoccupe aujourd'hui ? Qu'attendez-vous du PAS ?
Vous n'avez pas besoin de savoir précisément quelle aide demander : décrivez simplement ce que vous observez et ce dont votre enfant aurait besoin selon vous.

Partie à compléter par la famille :

Je soussigné(e) ……., responsable légal de l'enfant ……..

en qualité de ……., autorise l'équipe du PAS à prendre contact si besoin avec les partenaires associés au projet de l'enfant, pour échanger autour de sa situation : OUI ▢ NON ▢

Je m'engage à tenir informé(e) le deuxième responsable légal de cette démarche.

Signature :

Vos informations sont confidentielles : les informations recueillies sur ce document sont strictement confidentielles et destinées uniquement à l'équipe du PAS. Elles ne comprennent pas de données médicales détaillées. Toute demande d'informations complémentaires fera l'objet d'un accord explicite des responsables légaux.

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
aimcp loire
ACADÉMIE DE LYON Liberté Égalité Fraternité
Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire