**FICHE DE SAISINE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.** **Prénom** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**  Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| Nom du parent 1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Adresse, tel, mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | Nom du parent 2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Adresse, tel, mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Si suivi ASE, nom et coordonnées du référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| Information faite au(x) représentant(s) légal(aux) en date du : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | |
| **Etablissement scolaire** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Directeur / chef d’établissement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Disponibilités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tel.et Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Circonscription** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Nom et coordonnées du CPC EI : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | **Classe** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Enseignant** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tel et mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **Enseignant référent** (nom, prénom, téléphone et mail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Coordonnateur de PIAL** (nom, prénom, téléphone et mail) :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Médecin scolaire (Nom prénom mail et tel) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **RASED** (nom, prénom de la personne à contacter, téléphone et mail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
| **Notifications MDPH** :  oui  non  en cours  (Préciser dates et si suivi effectif ou non) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  **Suivis en cours** :  Libéraux (orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, psychologue…) CAMPS, CMPE, CMPP, UPIJH…  Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Coordonnées (tel., mail) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
|  | Année en cours | | | |
| **Dispositifs en interne déjà contactés ou saisis** | Professionnels interpellés :  Conseiller pédagogique  RASED  Infirmière, médecin scolaire  Autres :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | Dispositifs :  PAP  PAI  PPRE  PPS |

|  |
| --- |
| **Problématique rencontrée par l’équipe pédagogique** et Aménagement déjà faits :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Vos attentes vis-à-vis de la PCO :**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Rédacteur** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Ce document est à adresser à : [pco@adei17.com](mailto:pco@adei17.com)

Merci de joindre avec

**Le livret d’adressage rempli (les 3 volets) signé par le médecin**

**L’autorisation parentale signée**

**Dernier compte-rendu d’EE et évaluation psychométrique faite**

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à la PCO**  Reçu le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Traité le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Réponse apportée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |