

**E.M.A**

**Ensemble Thérapeutique de Bellesagne**

**Equipe Mobile d'Appui Médico-social**

**Tél : 04.66.49.11.00**

**pour la scolarisation des enfants**

**Mail : equipemobile48@orange.fr**

**en situation de handicap**

**Demande d'appui** *(destinée à l'équipe mobile d'appui médico-social à compléter).*

**Date de rédaction :** \_\_\_\_\_

**\* Demandeur :**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**fonction :** \_\_\_\_\_

**Établissement :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées de l'établissement (tel/ mail/ adresse postale) :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\* L'élève :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date naissance :** \_\_\_\_\_

**Etablissement scolaire :** \_\_\_\_\_ **Classe :** \_\_\_\_\_

**L'élève bénéficie-t-il d'une notification MDPH ?**

Oui

Non

**L'élève est-il accompagné par un établissement ou un service médico-social ?**

Oui

Non

**\* Fréquentation scolaire : (cursus, maintien...) :**

---

---

**Aides déjà apportées :**

**\*Dans l'école ou dans la classe (adaptation, PPRE, présence d'une AESH ...) :**

---

---

**Depuis quand ? À quelle fréquence ?**

---

---

**\*A l'extérieur de l'école (CMP, Orthophonie...) :**

---

**Depuis quand ? À quelle fréquence ?**

---

**Description du problème rencontré :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Points positifs sur lesquels on peut s'appuyer :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Evolution attendue pour cet enfant :**

---

---

---

---

**Relations entre la famille et l'école :**

---

---

---

---

**Autres observations ou renseignements utiles :**

---

---

---

---

**Une fois votre demande examinée par l'équipe mobile d'appui, nous prendrons contact avec vous.**

Merci de nous indiquer vos disponibilités :

Jour : \_\_\_\_\_

horaires : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_\_

horaires : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_\_

horaires : \_\_\_\_\_

Jour : \_\_\_\_\_

horaires : \_\_\_\_\_

**Demandeur :**

**Signature :**

**Visas :**

**Directeur d'école :**

**IEN de circonscription :**

**Chef d'établissement :**